UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 152

SUR LES RAPPORTS

DE

L'APPENDICE CÆCAL

AVEC LES AFFECTIONS UTERO-ANNEXIELLES

Contribution à l'Étude de l'Appendicectomie préventive

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1920

PAR

Robert LEVY

Né à Haguenau (Alsace), le 6 juin 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, professeur adj.,	*Président.*
	ESTOR, professeur.	
	SOUBEYRAN, agrégé lib.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

SUR LES RAPPORTS

DE

L'APPENDICE CÆCAL

AVEC LES AFFECTIONS UTÉRO-ANNEXIELLES

Contribution à l'étude de l'Appendicectomie préventive

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 152

SUR LES RAPPORTS

DE

L'APPENDICE CÆCAL

AVEC LES AFFECTIONS UTÉRO-ANNEXIELLES

Contribution à l'Étude de l'Appendicectomie préventive

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Robert LEVY

Né à Haguenau (Alsace), le 6 juin 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

- De ROUVILLE, professeur adj., *Président*.
- ESTOR, professeur.
- SOUBEYRAN, agrégé lib. — *Assesseurs*
- ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)..... Doyen.
N... ..... Assesseur.
IZARD..... Secrétaire.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✻)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT (✻).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✻)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✻)
Physiologie.....	HEDON (✻).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✻)
Anatomie.....	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (✻)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✻).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✻)
Chimie biologique et médicale.....	DENRIEN (✻)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✻)
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✻ ✻) s.l. (ch. de c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✻ ✻, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie.....	WATON ✻ (✻) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (✻).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH ✻ (ch. d'agr. l.
GAUSSEL (✻ ✻).	J. DELMAS (✻).	
RICHE.	RIMBAUD ✻.	

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, profess. adj., *président.*	MM. SOUBEYRAN, agrégé lib.
ESTOR, professeur	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES CHERS PARENTS

A MA CHÈRE FEMME

R. LÉVY.

AVANT-PROPOS

Il serait vain d'essayer de rendre les sentiments de l'Alsacien, redevenu Français, qui, le premier de ses compatriotes, a l'honneur de présenter sa thèse à la Faculté de médecine de Montpellier. L'étudiant strasbourgeois n'ignore pas les liens étroits qui unissaient les deux grandes Facultés provinciales. Nous avons entendu parler de l'étroite communion d'idées entre les deux Ecoles, et nous sommes fier de renouer, par notre travail, les affectueuses relations si cruellement rompues. L'accueil que Montpellier nous a réservé, à nous, étudiant d'Alsace et de Lorraine, par sa chaleur et sa cordialité, nous a fait oublier les quatre ans d'esclavage moral, le souvenir tragique des heures sombres et des jours où nous doutions de tout. Nos maîtres nous ont reçu avec un empressement affectueux que nous n'avions personnellement mérité en rien. Nous aurions été confus si nous n'avions compris que c'était là en quelque sorte un hommage à l'Alsace entière, que c'était une manifestation joyeuse de savoir que le mur haineusement dressé entre vous et nous était enfin à terre.

Nous savons gré à nos professeurs d'avoir fait preuve d'une grande indulgence à notre égard, indulgence qui nous a facilité de terminer à Montpellier des études faites entièrement sous la domination allemande.

Fort de cette indulgence, nous développons dans les pages suivantes le sujet que nous avions choisi pour notre thèse en un moment où nous n'espérions pas pouvoir la soutenir en France. Nous nous croyons autorisé de conserver un sujet dont l'intérêt est général et dont l'étude permet de juger une école et une méthode essentiellement allemandes; l'extraordinaire richesse en observations des hôpitaux strasbourgeois est un autre motif pour le maintien de notre sujet. Nous avons enfin cru devoir retenir, au cours de notre travail, les témoignages d'auteurs d'outre-Rhin qui nous paraissent apporter à la caractéristique de l'Ecole allemande les traits les plus indispensables.

SUR LES RAPPORTS

DE

L'APPENDICE CÆCAL

AVEC LES AFFECTIONS UTÉRO-ANNEXIELLES

Contribution à l'étude de l'Appendicectomie préventive

INTRODUCTION

Les rapports de l'appendice vermiculaire et des organes génitaux de la femme jouent un rôle d'une certaine importance dans la discussion du traitement chirurgical de l'appendicite. Cette discussion n'est pas close encore; l'intervention à chaud a bien son emploi exactement limité, tout comme celui de l'appendicectomie à froid; l'opération systématiquement précoce est évidemment l'opération de choix et se montre, dans ses statistiques favorables, de beaucoup préférable au traitement expectatif et médical. Mais cela n'empêche que le chirurgien ait à juger aujourd'hui d'une méthode thérapeutique plus récente, pour ainsi dire mo-

derne, méthode fortement contestée: l'appendicectomie préventive. Le problème de cette opération prophylactique est pour bien des chirurgiens non résolu.

C'est ici que se place le rôle important des rapports entre l'appendice et l'appareil génital de la femme. Partant du danger que présente la proximité de ces organes en cas de maladie de l'un ou de l'autre, les partisans de l'appendicectomie préventive proclament la nécessité et l'urgence de cette opération surtout pour la femme. Il suffirait donc de prouver la réalité d'un grand danger provenant du voisinage du vermis appendiculaire et de l'utérus avec ses annexes pour démontrer la raison d'être d'une intervention prophylactique; tandis que l'on devrait au contraire se déclarer adversaire de cette méthode thérapeutique après avoir constaté des rapports plus ou moins inoffensifs entre les organes en question.

Prenant en considération tous ces faits, nous aborderons donc dans ce travail l'étude des rapports entre les maladies de l'appendice et les affections utéro-annexielles et nous noterons scrupuleusement toutes les conclusions qui en découleront au sujet de l'appendicectomie préventive. La matière de notre travail est tirée de 1430 observations de laparotomie, toutes pratiquées à l'Ecole de sages-femmes de Strasbourg et dans la clientèle privée de son chef, M. le professeur H. Freund, depuis le 1er janvier 1906 au 1er avril 1918; ces 1430 malades, avec la seule exception des quelques appendicites mentionnées plus tard, furent opérées pour indications gynécologiques.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS THEORIQUES

I. — Participation proportionnelle du sexe féminin a l'appendicite

Les auteurs consultés offrent le tableau d'un désordre complet en ce qui concerne les rapports de l'appendice et des maladies de femmes. On rencontre les opinions les plus contradictoires, fondées sur des statistiques tout à fait différentes, parfois même diamétralement opposées les unes aux autres. A commencer par la fréquence de l'appendicite dans un sexe. Landau a prétendu que des affections vermiculaires se trouvaient 3 fois plus souvent chez l'homme que chez la femme. Delagénière et Manay ont toujours rencontré l'appendicite plus souvent sur l'homme. Si nous croyons Besson, il y a 3,4 hommes sur 1 femme atteints de cette affection. Maurin note 76,2 p. 100 à 23,7 p. 100. D'après Matthes, la proportion serait de 54 p. 100 à 46 p. 100; selon Haist, de 61 p. 100 à 38 p. 100 Sonnenburg constata, en 1905, entre 1000 cas d'appendicite, 63 p. 100 d'hommes et 37 p. 100 de femmes; Krogius, dans des

conditions identiques, 60 p. 100 et 40 p. 100. Notons encore les proportions suivantes, extraites de la thèse de Balz: Nothnagel, 105: 25; Sprengel, 73: 27; Bamberger, 36: 4. Les données de Rotter, qui établit, en 1896, une proportion de 44: 24, par contre, en 1900, une autre de 199: 182, prouvent combien sont incertains des résultats de ce genre. Heaton est d'avis que le nombre des femmes atteintes par l'affection en question est de 50 p. 100 inférieur à celui des hommes, sans doute à cause de la vascularisation plus intense du vermis par anastomose avec les vaisseaux ovariques droits.

D'autres auteurs, d'une époque plus récente (Roemer, von Rosthorn, Gottlieb, Burgess), affirment que les processus morbides à base appendiculaire ne montrent aucune préférence pour l'un des deux sexes. Le « Compte rendu des maisons de santé prussiennes » de 1911, nous rapporte les cas de 20.080 hommes et de 18.475 femmes qui y furent traités pour affections de l'appendice cæcal; ces chiffres ne présentent certes pas une différence sérieuse. Parmi ceux qui croient la femme plus souvent attaquée que l'homme, on rencontre les opinions les plus variées, depuis Karrenstein, qui, dans sa statistique d'un hôpital de Hambourg, constate une légère prévalence du « sexe faible » en comparaison à l'homme, jusqu'aux partisans de l'école de Fribourg (Brisgau), qui se plaisent à pousser à l'exagération leurs théories les plus hardies. A la tête de cette école allemande, se trouvent des noms connus comme ceux de Aschoff et de Kroenig et celui, moins connu de Pankow; tous les trois nous occuperont encore fort souvent dans la suite. Selon eux, la fréquence de l'appendicite chez la femme a toujours été sous-estimée de beaucoup; « environ 60 p. 100 de toutes les femmes à la fleur de l'âge ont subi une crise d'appendicite » (Pankow). Etant données nos observations

purement gynécologiques, nous ne voulons prendre part à cette controverse; au point de vue théorique, nous partageons avec Kroenig la crainte qu'au premier instant les résultats obtenus par Pankow pourraient paraître exagérés. Et nous faisons nôtre le raisonnement de ce même auteur lorsqu'il dit: « Si vraiment on pouvait toujours, en tout cas et dès la première heure, poser un diagnostic exact de l'appendicite, si vraiment alors on voulait opérer chaque appendicite dès les premiers symptômes, il arriverait qu'en effet une femme sur deux en pleine maturité aurait eu à subir son appendicectomie ». Et la foule des « balafrées du ventre » serait innombrable!

Voilà donc toute une série d'opinions tout à fait divergentes; leur développement permet de répéter ce qu'ont fait remarquer Bérard et Vignard: que le sexe masculin prend bien une part plus large aux affections du vermis iléo-cæcal, mais que l'écart entre les deux sexes devient forcément exagéré, les statistiques étant surtout recueillies dans des hôpitaux où les hommes malades se montraient de beaucoup plus nombreux.

II. — Rapports anatomiques entre l'appendice et l'appareil génital de la femme

On s'est efforcé d'expliquer pourquoi les femmes participaient moins en apparence au groupe des affections appendiculaires. Nous citions tout à l'heure Heaton qui croit à une vascularisation plus étendue du vermis par anastomose avec les vaisseaux ovariques droits. Les recherches de Corning, et, en première ligne, celles de Rosthorn, ont démontré l'inexactitude de cette théorie.

Les auteurs qui veulent rendre plausible la prédominance proportionnelle du sexe féminin par rapport à l'appendicite, proclament, à l'appui de leur thèse, l'existence d'un pli vasculaire péritonéal, dont les vaisseaux sanguins et lymphatiques devaient faciliter les corrélations inflammatoires de l'appendice et des annexes. D'après Clado, qui l'a « découvert », ce ligament « qui met en communication les atmosphères celluleuses des deux organes et permet aux micro-organismes de se transmettre de l'un à l'autre » serait constant. Cette observation est annulée par de nombreuses autres plus récentes. Lafforgue veut l'avoir trouvé dans la proportion de 20 p. 100. Pour Guillard, il n'existe, contrairement à Clado, anatomiquement aucun lien entre l'appendice et les organes génitaux féminins. Tuffier et Marcland, dans leur étude sur les lésions appendiculaires dans des centaines d'autopsies banales, ne mentionnent même pas avoir recherché le ligament. Au cours de 127 autopsies gynécologiques, Barnsby n'a pas pu disséquer ce fameux ligament appendiculo-ovarien. Hermann Freund n'a jamais trouvé le moindre indice de ce ligament légendaire, bien qu'il l'ait cherché dans de nombreuses autopsies et laparotomies. Segond et Fueth rangent ce pli péritonéal parmi les anomalies. Pour Bérard et Vignard rien n'est moins prouvé que l'existence de ce ligament. Balz démontre dans sa thèse que les vaisseaux sanguins et lymphatiques du cæcum et de son appendice sont indépendants des organes génitaux de la femme. En dernier lieu, quelques-unes de nos observations apportent une preuve sérieuse contre l'existence du ligament Clado; ce sont ces cas où nous constatons des collections purulentes aux environs immédiats de l'appendice, existant de longue date sans que les organes pelviens, malgré la virulence du pus, aient

subi le moindre dommage. Notons comme exemple l'observation suivante:

Observation Première

Décembre 1916. — Jeune fille vierge atteinte d'une tumeur iléo-cæcale.

Une tuméfaction de l'épiploon se présente à l'intervention; ce dernier est démesurément long et épais, la tumeur, grosse comme un poing. L'appendice est complètement enfoui dans la tuméfaction adhérente au péritoine de la paroi abdominale antérieure; on la dégage de ses adhérences. Un pus épais, verdâtre, fécaloïde sourd de la tumeur. Résection de l'appendice et de l'épiploon; *les organes génitaux sont intacts.*

Examen de l'appendice réséqué. — Perforation à 3 centimètres de son extrémité distale.

III. — Fréquence des rapports pathologiques entre l'appendice et les organes génitaux de la femme.

L'existence d'un lien anatomique entre l'appendice et les annexes droites devait expliquer les rapports pathologiques des organes pelviens de la femme avec le vermis cæcal. Avant d'étudier ces rapports en leur espèce, un examen des opinions bien divergentes exprimées dans la littérature des dernières années s'impose.

Pour Bumm, l'appendicite est en principe uniquement la cause de quelques formations d'adhérences à la trompe. Kroenig, Pankow, Balz et d'autres, croient par contre devoir admettre bien plus souvent que ce n'est l'habitude des rapports de causalité entre les deux groupes d'organes.

Segond a formulé l'élégante expression du flirt appendiculo-annexiel pour caractériser la légèreté des rapports en question. Diamétralement opposée est l'opinion de A. Mueller, concentrée dans la phrase: sigmoïdite et appendicite, le plus souvent réunies, sont les causes morbifiques de la majorité des maladies de femmes chroniques. D'autre part, Hoerrmann ne peut reconnaître un rôle important du vermis dans l'origine des inflammations du bas-ventre.

Les statistiques ne sont pas plus unanimes à ce sujet. Duehrssen a trouvé l'appendice dix fois malade dans 320 opérations vaginales et abdominales, d'où il conclut que le gynécologue devait s'attendre à voir en 3 p. 100 de ses interventions sur l'abdomen le vermis atteint d'une affection quelconque. Les proportions suivantes se rencontrent souvent dans les statistiques:

Brisset	3 p. 100
Edebohls	4 p. 100
Amann	6 p. 100
Mac Laren	10 p. 100
Kelly	12 p. 100

Bogdanowitsch relate ses observations à la Clinique gynécologique de Budapest; il dut pratiquer l'appendicectomie 35 fois dans une série de 1002 laparotomies, donc en 3,49 p. 100 des cas. Hoffmann, dans son immense matériel de 4.000 périty phlites opérées, a eu 140 fois une complication avec des affections génitales; admettons que dans cette foule de malades les hommes aient été un peu plus nombreux que les femmes, et nous aurons une proportion d'à peu près 7 p. 100. L'opinion la plus extrême est à nouveau celle de Pankow; pour lui, l'appendicite est la cause mor-

bifique en 22 p. 100 de toutes les affections annexielles. Quelle différence entre cette constatation et celle dè Léopold, opérant 150 annexes malades sans voir le moindre processus mordibe au vermis. Et quelle différence aussi entre Pankow et Tuffier amputant 52 vermes sans trouver une complication du côté des organes pelviens (Dubarry). De tels contrastes provoquent la critique; cette critique sera plus aisée quand nous aurons, dans la suite, fixé quelques autres divergences d'observations encore plus invraisemblables. Auparavant, il nous reste à faire quelques réflexions, tant au sujet de notre matériel qu'à celui de certaines théories concernant les rapports des organes mentionnés.

IV. — La menstruation dans l'appendicite

Dans la symptomatologie des affections corrélatives, objets de la présente étude, la menstruation joue un rôle reconnu depuis longtemps. Grand est le nombre des auteurs qui ont noté la coïncidence des attaques appendiculaires avec la période menstruelle. Fraenkel rappelle que les crises de douleurs périty phlitiques sont souvent accompagnées d'irrégularités et de douleurs des règles. Bérard et Vignard relatent le cas d'une fillette qui eût sa première attaque d'appendicite en même temps que ses premières époques. Pour Guillard, la menstruation peut être une cause occasionnelle de périty phlite. Quénu et Le Gendre admettent la fréquence des attaques appendiculaires au moment des règles. En général, tous les auteurs s'occupant des affections du vermis notent leurs corrélations avec la période menstruelle; nous ne nommerons que Fabricius, Rosthorn, Delagénière, Ochsner, Legueu, Jalaguier. Dela-

génière croit même pouvoir reconnaître une certaine régularité dans ces coïncidences, les douleurs annexielles se déclanchant à la fin, les crises appendiculaires au début de la période. Soupault et Gouast parlent de vagues sensations désagréables qui, en ces cas, commenceraient quelques jours avant la menstruation pour se perdre avec l'apparition du sang menstruel. D'accord avec ces derniers, Fraenkel place la douleur vermiculaire peu de temps avant et pendant les règles.

Dans les antécédents de nos 1430 observations, nous avons vu quatre fois une dysménorrhée de longue durée, en complication deux fois avec une appendicite chronique, deux fois avec une appendicite aiguë. Dans deux autres cas, ce n'était que les époques toutes dernières avant la manifestation de symptômes aigus d'appendicite qui devinrent douloureuses. Une femme atteinte d'appendicite aiguë déclara que l'avant-dernière menstruation avait été d'emblé dysménorrhéique; la dernière fois, les douleurs étaient apparues seulement à l'issue de la période. Une dernière malade enfin affirma n'avoir jamais eu la moindre souffrance jusqu'à la dernière époque, où pendant les deux jours du début, elle fut prise de crampes dans le bas-ventre. Les observations précitées sont évidemment confirmées. Leur explication est suffisamment fournie par A. Mueller ainsi que Soupault et Gouast: la congestion de tous les organes pelviens et de l'appendice voisin pendant la menstruation provoque, par l'irritation du vermis malade, ses contractions et, à la longue, des douleurs. Mueller est même convaincu que la plus insignifiante lésion de l'appendice ne peut guérir par suite de l'irritation toujours répétée de l'organe malade pendant la période menstruelle. Inversement l'irritation du vermis, par exemple à la suite d'une inflammation chronique, appellera une hyperémie des orga-

nes du bassin suivie de pertes de sang; cette situation peut se prolonger, ainsi que le démontre l'observation de Dartigues sur une fistule cæco-appendiculaire donnant lieu à un écoulement menstruel pendant un an.

V. — Sur l'étiologie de l'appendicite

Dans l'ensemble de ces multiples questions on ne saurait omettre quelques remarques à l'égard de l'étiologie de l'appendicite. La grippe et l'angine ont été rencontrées à plusieurs reprises déjà en corrélation avec « l'angine de l'appendice cæcal », comme on a dénommé l'appendicite classique. Adrian a pu cultiver le bacille de Pfeiffer reconnu agent microbien d'une inflammation appendiculaire. Corbellini (cité par Bérard et Vignard) a donné, lui aussi, la confirmation bactériologique de l'appendicite grippale. Hoffmann vit 13 cas précédés d'angine. Ce même auteur parle de développement familial, voire même héréditaire de l'appendicite dans 30 de ses 4.000 observations. Delbet, lui aussi, a vu 1 cas sur 39 suivant de près une amygdalite grippale et 1 cas d'appendicite familiale. Albarran rapporte une curieuse observation d'appendicite familiale : sur 4 enfants d'une même famille, 3 ont dû être successivement opérés d'appendicectomie. Colley, riche d'une expérience acquise au cours de 650 appendicectomies, croit à l'hérédité de l'appendicite; la cause en serait l'apparition souvent répétée d'un même type défavorable de la vascularisation vermiculaire dans une famille.

D'autres auteurs ont préconisé l'existence de certains types d'appendices particulièrement prédisposés à l'infection » (Bérard et Vignard). Nous n'avons rien trouvé dans notre matériel à l'appui de ces théories.

VI. — Sur l'étiologie des annexites

Doederlein, Fraenkel, Pozzi, avec eux de nombreux adhérents, ont supposé à l'égard de la génèse des annexites, surtout des annexites purulentes, que les bacilles coli, prenant leur départ de l'intestin malade, pourraient y être pour beaucoup.

D'après les recherches d'Achard, de Broca et de Lanz, le bactérium coli tient une place importante dans la flore bactériologique de l'appendice; l'hypothèse susdite nous inclinerait donc à porter sur le compte du vermis une grande partie des affections utéro-annexielles. Pour éviter cette tendance, il est utile de mettre en relief les résultats obtenus par Schottmueller et Barfurth; des ponctions pratiquées dans une série d'annexites leur donnèrent seize fois un pus riche en coli. Douze de ces seize malades eurent les mêmes espèces de coli dans le col de leur matrice. L'infection par les voies génitales paraît donc très probable. Ajoutons à ceci la comparaison faite par Besson; un premier tableau montre le bactérium coli communis prédominant dans la genèse des appendicites; un second tableau (116 cas de pyosalpinx analysés par Wertheim) fait ressortir la variété des agents microbiens des annexites comprenant toutes les espèces à l'exception du bactérium coli communis.

VII. — Sur l'histologie pathologique de l'appendicite

La proximité des organes génitaux et du vermis appendiculaire est-elle un danger pour la femme? On sait que la position pelvienne est en quelque sorte une des positions

normales de l'appendice. Différents auteurs ont constaté que cette orientation pelvienne de l'organe en question est plus fréquente chez la femme; d'après Barnsby et d'autres elle serait de 32 p. 100 à 50 p. 100 et 60 p. 100 au lieu de 20 p. 100 chez l'homme. Cette préférence s'explique, selon Ponsard, par « les troubles apportés dans la statique abdominale » par les grossesses, l'effet du corset ou bien enfin, — possibilité signalée par Vautrin — par l'adhérence congénitale du vermis à l'ovaire. Il est donc bien établi que l'appendice affecte volontiers chez la femme une position descendante. La proximité de cet organe avec ceux du bassin présente en effet un immense danger, si vraiment, comme nous l'avons vu prétendre par Pankow et son école, 60 p. 100 d'entre elles ont à subir une appendicite en pleine maturité. Mais n'oublions pas avoir constaté de profondes divergences entre les opinions des cliniciens et anatomistes; enregistrons en plus un nouveau fait absolument contradictoire avec les principes proclamés par l'école fribourgeoise: au courant de nos 1.430 laparotomies l'appendice ne se montra atteint que 80 fois, soit en 5,59 p. 100 de tous les cas. Pankow cependant, examinant 150 vermis pris au hasard, trouva en 56 p. 100 les traces distinctes d'une appendicite révolue.

De telles divergences, non simplement théoriques, mais encore dans l'observation des faits, ne peuvent pas être expliquées autrement que par une conception et une définition différentes des affections de l'appendice cæcal.

A l'examen de ses appendices ectomiés, fondement de ses théories, Pankow se repose sur le résultat des études de Aschoff et de ses élèves, avant tout de Waetzold. La thèse d'Aschoff au sujet de l'appendicite aiguë (une forme phlegmoneuse précédant une forme ulcéreuse, celle-ci bien plus grave), a trouvé aujourd'hui l'approbation unanime; son

avis sur l'affection chronique du vermium (pas d'appendicite chronique sans crise aiguë primitive) est autant partagé que contesté. En France, du moins, Brun et Letulle (cités par Courciéras), ne considèrent jamais la lésion aiguë comme primitive, mais toujours comme précédée d'une lésion chronique, souvent latente; Broca voit dans l'appendicite sinon dans tous les cas, au moins dans beaucoup une affection chronique. Mais l'essentiel pour le gynécologue dans toutes ces questions ne s'ensuit pas tant des constatations macro et microscopiques durant l'inflammation aiguë que surtout des résidus et suites macro et microcopiques après l'évolution de la maladie. Les signes caractéristiques d'une inflammation révolue ont été exactement étudiés par Waetzold; ils consisteraient d'après cet auteur en éclatements et parcellements de la musculaire du vermis à la suite de dégénérescence fibreuse du tissu prolifératif entre les fibrilles musculaires enflammées auparavant. Une musculaire trouvée changée de la sorte sous le microscope en compagnie d'une muqueuse et d'une séreuse intactes serait après de longues années encore aussi probante pour une affection de l'appendice que l'est par exemple l'oblitération complète de sa lumière. C'est cette appendicite, avec les suites anatomiques seules qui viennent d'être indiquées, que Pankow, Kroenig et leurs partisans prennent en considération pour leurs statistiques; c'est encore cette appendicite qui attaque, toujours selon les mêmes auteurs, 60 p. 100 des femmes et est la cause de 22 p. 100 des affections utéro-annexielles.

VIII. — Appendicite microscopique?

Toutes les données de Pankow deviendront règles définitives le jour où le critérium histologique, les signes carac-

téristiques d'Aschoff auront l'approbation de tout le monde. Mais on en est encore bien loin. Melchior et Loeser, après un long exposé de leurs expériences sur « l'appendicite à évolution purement chronique », concluent qu'il n'est pas permis d'identifier de but en blanc à des crises cliniques révolues les soi-disantes lésions anatomiques du vermis. Citons avec eux à l'appui de ces conclusions l'affirmation de Lenander: que l'on ne pourrait considérer comme correspondant à des symptômes aigus et cliniques un processus auquel ne participait ni la séreuse ni l'appareil lymphatique, processus se bornant aux autres couches pariétales. En général, les rapports des lésions anatomiques aux symptômes cliniques dans l'appendicite, sont à étudier et surtout à évaluer avec une extrême prudence. Pankow croit pouvoir mépriser cette règle, négligence qui a toujours soulevé une critique véhémente. On approuve Hochenegg dans ces précisions: il est radicalement faux, dit-il, de tirer une conclusion des lésions anatomiques, constatées sur l'appendice amputé, aux troubles qu'il aurait déclanchés; on arrivera seulement à se faire une idée nette en tenant compte de la position du vermis, de ses rapports avec le cæcum et les organes voisins. Pour Hofmeister, il serait possible de sauver quelques rares fois le diagnostic d'appendicite chronique à l'examen microscopique qui permettra de découvrir deux ou trois bien petites choses peut-être anormales, invisibles à l'œil nu; mais ce diagnostic ne saurait être satisfaisant. Et d'ajouter ironiquement: « parfois même le microscope vous refusera ce service ». Dieulafoy, dont l'autorité en matière d'appendicite est pour ainsi dire incontestée, se moquait déjà, en 1906, de cette appendicite microscopique. Pour lui, l'appendicite vraiment chronique aboutit en toutes circonstances à la formation d'adhérences au voisinage. Cette dernière constata-

tion est d'une importance toute spéciale; n'avons-nous pas vu prétendre par Pankow que les appendicites, à évolution toujours latente et chronique, ne présentaient que des lésions microscopiques sur le vermis seul? Il y a encore mieux que cela; Tuffier et Marcland ont fait comme les auteurs fribourgeois; ils ont recherché systématiquement des lésions appendiculaires dans des autopsies banales, c'est-à-dire sur des individus n'ayant jamais eu à se plaindre d'appendicite. Sinon partout, mais bien dans la majorité des cas où ils trouvèrent des lésions, le vermis était sain d'apparence, mais entouré d'adhérences; et sous le microscope, il se montrait régulièrement atteint de légères lésions chroniques. Hermann Freund nous met en garde contre la surestimation des diagnostics microscopiques. « Les résultats obtenus par Aschoff, dont on ne peut douter, ne correspondent nullement à cet état que le clinicien nomme appendicite chronique ». Les signes caractéristiques déterminés par Aschoff et ses élèves sont, selon Freund, peut-être les résidus d'une inflammation, mais il faut bien se garder de leur prêter une trop grande importance si l'on trouve intact le péritoine des environs, la séreuse, la muqueuse, la sous-muqueuse et si enfin les antécédents ne laissent soupçonner aucune affection vermiculaire antérieure.

IX. — Conclusions

Tous les faits rapportés avec les réflexions qui s'en suivent facilitent notre critique et permettent d'ores et déjà de constater, combien les théories et les résultats ressortant des travaux de Pankow perdent de leur valeur dans ces nouvelles conditions. En continuant dans ce même ordre d'idées on rectifiera aisément d'autres exagérations et

inexactitudes, pour arriver à des conclusions qui réduiront singulièrement la fréquence des rapports en question. Pankow lui-même attire l'attention sur le grand nombre de récidives dans l'appendicite. Un coup d'œil rapide sur les statistiques à ce sujet nous fait voir les chiffres du pourcentage varier entre 20 p. 100 (Matthes), 40 p. 100 (Koerte), 50 p. 100 (Karrenstein), 60 p. 100 (Kuemmel), 66 p. 100 (Burgess) et 75 p. 100 (Krogius). Admettons une moyenne de 50 p. 100; admettons en plus que des 1430 malades de notre matériel 60 p. 100 aient vraiment déjà subi une appendicite; 80 d'entre elles ont eu effectivement l'appendice enlevé; chez les autres 1350 femmes on aurait pu s'attendre en la moitié de 60 p. 100 (= 810) à une récidive; si les théories de Pankow, qui servent de base au présent calcul, étaient justes, une grande partie de 400 de nos laparotomiées redemandait forcément une interventions chirurgicale. Mais, en fait, il n'y a eu que deux malades a rélaparotomier; aucune autre des 400 en question n'a dû recourir au chirurgien pour des troubles appendiculaires. Ce sont là des faits très importants, vu que les malades de l'Ecole de sages-femmes à Strasbourg reviennent à la consultation de cette clinique pour les plus insignifiantes affections postérieures. Ceci a été contrôlé durant de longues séries d'années. Dans le cas presque invraisemblable où une malade aurait été hospitalisée dans un autre service, il est certain que l'on aurait demandé son observation. En effet, toutes les cliniques, administrées par un bureau central, forment un ensemble: l'hôpital civil, seul hôpital général pour la ville et ses environs. Nous prétendons donc avec une assurance solidement fondée que les données et les chiffres de Pankow, d'Aschoff et de Kroenig sont de beaucoup exagérés et que les résultats de leurs recherches, formant le fondement de leurs statistiques, ne se conforment point aux observations journalières du clinicien.

L'argumentation d'un système visiblement défectueux doit nous paraître suspecte; accordons-lui notre attention pour un instant. Que l'individu puisse passer par une crise d'appendicite aiguë sans s'en apercevoir était chose acquise depuis longtemps. Par contre, est-il admissible qu'une majorité de ces 60 p. 100 de femmes ait traversé une crise d'appendicite aiguë sans rien remarquer? Afin d'expliquer en partie une théorie insoutenable, son auteur voudrait voir cette première attaque placée dans l'enfance du patient; cette argumentation lui est du reste commune avec d'autres auteurs français, (dont nous parlerons tout à l'heure), notamment Rousseau et Cassard. L'appendicite passerait facilement inaperçue à l'âge où l'enfant localise à peine et avec difficulté la douleur, rendant ainsi presque impossible le diagnostic. Une hypothèse pareille est contraire à ce que nous savons des affections vermiculaires chez l'enfant. Chez le nourrisson, — c'est-à-dire aussi longtemps que l'enfant est incapable d'aider le médecin en localisant son inspection, — l'appendicite compte parmi les raretés. Si vraiment l'enfant en est attaqué, il s'agit, comme l'affirme Kirmisson, presque toujours de péritonite purulente généralisée ou à foyers multiples qui s'accompagne souvent de lésions du foie, des reins, des poumons, de l'endocarde. Voilà qui ne ressemble nullement à des crises pouvant passer inaperçues! A partir de l'âge de 2 ans, l'appendicite est toute aussi dangereuse; les formes graves, d'après la thèse de Blais, comprennent chez l'enfant plus de 50 p. 100 des cas. Plusieurs auteurs, parmi eux Alsberg et Springer, rappellent l'allure bruyante, souvent foudroyante de cette affection qui présente, on le sait, une mortalité d'environ 13 p. 100 au lieu de 2,9 p. 100 chez les adultes (Riedel), d'après Gordon même de 32 p. 100, chiffre vraiment effrayant. Comment, dans ces conditions, prêter foi à des arguments

semblables aux précités, comment, quand s'y joint une nouvelle exagération! Il s'agit de donner son avis sur la fréquence du rôle étiologique de l'appendicite pour les inflammations chroniques des organes pelviens de la femme. Pour Pankow les agents étiologiques se rencontrent dans les proportions suivantes:

Tuberculose	22 p. 100
Gonorrhée	43 p. 100
Septicémie	13 p. 100
Appendicite	22 p. 100

Kroenig fait suivre cette statistique d'une remarque significative; pour lui on a surfait, aux dépens de l'appendicite, l'importance de la gonorrhée dans l'étiologie des affections annexielles. Les Fribourgeois reconnaissent avoir admis l'appendicite comme cause d'une annexite toutes les fois où ils constatèrent au vermis ces lésions infinitésimales dont il a été question tout à l'heure et où ils ne trouvèrent plus trace de tuberculose, de septicémie ou de gonorrhée. De nombreuses publications (entre autres celles de Schroeder et de Hoerrmann) parlent et prouvent à l'encontre de cette démonstration; elles soutiennent toutes que, dans la grande majorité des cas, le gonocoque est la cause morbifique. On n'a plus rencontré de gonococci, nous dira-t-on! Cela ne prouve rien; une gonorrhée existant de longue date peut ne plus se confirmer par l'examen bactériologique; il est même démontré par Doederlein que le pus dans un foyer enkysté de gonorrhée devient petit à petit stérile. Cette fois encore nous puisons dans notre matériel riche en observations des chiffres contre les statistiques de l'école fribourgeoise. Nous avons pu réunir parmi 833 observations, analysées spécialement dans ce but, 154 cas d'inflammation

chronique, le plus souvent purulente, des organes pelviens. D'après la formule que nous contestons, nous aurions dans 22 p. 100, donc 33 fois, une appendicite comme cause d'une affection génitale chronique; en vérité, nous avons noté après un examen minutieux cette corrélation morbide seulement en 7 cas.

Le développement de notre étude jusqu'à ce point permet de tirer deux conclusions : 1° le critérium microscopique proclamé et employé par Aschoff, Kroenig et Pankow ne résoud nullement le problème des rapports entre appendicite et maladies de femmes; 2° les chirurgiens qui considèrent comme atteint d'une affection quelconque uniquement le vermis, aux lésions macroscopiques, répondent largement aux exigences et aux besoins de la clinique. Ils devront comprendre sous ces dernières lésions aussi les appendices ayant à leur sommet une adhérence même des plus fines et insignifiantes; car bien souvent le sommet est le siège de la première infection. Les vermis au contenu anormal, voire au premier rang ceux avec un ou plusieurs coprolithes, demandent également à être amputés, malgré les auteurs qui ne les croient pas malades. Même Aschoff se voit forcé d'avouer que le calcul stercoral localise l'inflammation à une certaine place et retarde la guérison, et cependant il avait nommé préalablement le coprolithe, « un compagnon paisible et inoffensif ». Bérard et Vignard attribuent aux calculs une action d'aggravation plus qu'une action déterminante. Lanz enfin a de sérieuses inquiétudes au sujet des stases de sécrétion aux extrémités distales et proximales du calcul. Tous ces auteurs dénoncent, pour ainsi dire, le danger créé par la passivité et l'inertie du coprolithe; d'accord sur ses qualités aggravantes, ils se déclarent ainsi indirectement pour l'ablation de l'appendice calculeux. Seront à amputer enfin tous les vermes

d'une longueur exagérée, dépassant 7 centimètres; non que leur longueur soit la manifestation d'une affection quelconque, mais leurs dimensions exposent plus facilement aux effets irritants du frottement continuel à la séreuse d'autres organes.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS CLINIQUES

I. — Appendicites sans complication gynécologique

Les observations cliniques qui constituent notre matériel confirment en tout sens les réflexions et conclusions développées ci-dessus; elles soulignent la thèse de Dieulafoy, d'après laquelle l'appendicite vraiment chronique finit toujours par la formation d'adhérences aux environs; elles accentuent, avec non moins de précision, le jugement porté par Freund sur les fameuses constatations d'Aschoff, de Pankow, etc., constatations considérées par lui comme nullement correspondantes à l'état nommé cliniquement appendicite chronique. Nous avons donc extrait des 1430 journaux de maladie, les 80 observations, toutes inédites, qui relatent les appendicectomies pratiquées par un gynécologue pendant une longue période (1er janvier 1906-1er avril

1918). Pour leur analyse, nous nous tiendrons à la classification habituelle en:

1° Affections primitives de l'appendice;

2° Affections primitives utéro-annexielles;

3° Affections simultanées et indépendantes des deux groupes d'organes.

En résumé, les thèses nous intéressant des auteurs souvent cités sont les suivantes: 60 p. 100 de toutes les femmes à la fleur de l'âge ont eu leur appendicite; en 56 p. 100 des opérations gynécologiques abdominales, on trouvera un appendice morbide; 22 p. 100 des annexites chroniques naissent d'une appendicite. Par conséquent, si vraiment cela était ainsi, aucune ou à peine une femme pourrait être attaquée d'une appendicite aiguë et grave sans que s'y joignent des complications gynécologiques, c'est-à-dire du côté des organes génitaux. Nous montrerons, tout au contraire, dans la suite d'abord un grand nombre d'appendicites sans complications gynécologiques, et encore nous prouverons que la majorité des affections simultanées du vermis et des organes pelviens sont de simples coïncidences, des processus entièrement indépendants les uns des autres.

1. — *Appendicites simples*

Des 80 appendicectomies de notre matériel sont à éliminer d'emblée comme appendicites simples, non compliquées tous les cas qui furent opérés sous le diagnostic d'appendicite sans présenter des complications du côté des organes pelviens. Ce sont:

Observation II

Appendicite aiguë

Mlle H..., 17 ans. 11 juin 1915.

La malade se plaint depuis quinze jours de douleurs dans le bas-ventre; des vomissements, qui durent toujours, commencèrent il y a quatre jours. Le 28 juin tous les phénomènes aigus ont rétrocédé. Opération: à l'ouverture du péritoine se présente un peu de sérosité louche. Cæcum à peine distendu; l'appendice est grand comme un doigt, sa paroi se montre légèrement troublée et épaissie; nulle adhérence. Appendicectomie. *Utérus et ses annexes intacts.* Guérison.

Observation III

Appendicite aiguë

Mme R..., 29 ans. 14 juillet 1914.

Menstruation irrégulière; la malade se plaint de douleurs dans la région iléo-cæcale qui durent depuis quelques jours. Opérée le 20 juillet: séreuse libre, *organes génitaux intacts.* Appendice gros comme un petit doigt, turgide, rempli de matières; appendicectomie. Guérison.

Observation IV

Appendicite chronique

Mme S..., 25 ans, 12 novembre 1916.

La malade a subi déjà deux attaques d'appendicite. Depuis trois mois, douleurs dans l'hypochondre droit. L'ins-

pection permet de constater une sensibilité vive dans la région cæcale. La matrice est un peu adhérente dans le cul-de-sac de Douglas. Opération le 24 novembre. Le péritoine est épaissi. L'appendice de la grandeur d'un petit doigt, turgide, dilaté; à son sommet libre, quelques petites fausses membranes d'une couleur jaunâtre; on ne trouve pas d'adhérence. *Organe pelviens intacts.* Appendicectomie; guérison.

Observation V

Appendicite chronique

Mme S..., 42 ans, 19 janvier 1916.

Mme S... se plaint de crampes douloureuses et de grande sensibilité dans le côté droit du bas-ventre. On sent en effet un empâtement dans la région appendiculaire. A l'intervention du 25 janvier, on ne trouve pas d'exsudat; *les organes génitaux se présentent intacts.* Dans le voisinage de l'appendice, qui est grand comme un petit doigt, et occupé par un calcul stercoral, on rencontre quelques légères adhérences. Ablation de l'appendice. Guérison.

Observation VI

Appendicectomie à froid

Mme N..., 32 ans, 31 janvier 1912.

Après deux crises appendiculaires, la malade demande l'intervention. On lui trouve un appendice de la grosseur d'un petit doigt, adhérent au cæcum, la pointe en l'air. Résection; suites simples.

Observation VII

Mme N... janvier 1914.

Arrivée au cinquième mois de sa grossesse, après deux attaques très sérieuses d'appendicite au début de la gravidité. Opération: adhérences filiformes entre l'utérus et l'épiploon; appendice enflammé; *appareil génital normal.* Appendicectomie. Guérison.

Examen de l'appendice réséqué: inflammation chronique avec oblitération et perte de la muqueuse.

Observation VIII

Mlle X... 27 juin 1911.

Jeune fille vierge. Tuberculose pulmonaire; demande l'intervention après deux attaques d'appendicite. Opération à froid; ablation du vermis adhérent au cæcum. Guérison.

Observation IX

Mme N... Février 1914.

Curettage après endométrite il y a deux ans. La malade a traversé plusieurs fois ces derniers temps de sérieuses crises appendiculaires avec symptôme de péritonite. Opération: un peu d'ascite trouble. *Organes génitaux absolument intacts.* Appendicite long et turgide; son sommet est en adhérence au cæcum, ses parois épaissies, les vaisseaux injectés et dilatés, la séreuse troublée. Appendicectomie. Guérison.

Observation X

Mme N... 20 avril 1914.

Deux grossesses. Endométrite révolue. Sérieuse attaque d'appendicite avec syncope. Laparotomie immédiate : ascite clair ; appendice congestionné. Plusieurs anses intestinales sont rouges. Appendicectomie. *Organes génitaux intacts.* Kyste d'un follicule de Graaf à l'ovaire droit. Suites simples.

Observation XI

Mme X... 15 février 1915.

La malade a subi déjà plusieurs crises d'appendicite. A l'intervention, *les annexes se trouvent intactes; l'utérus est normal* à part une ancienne endométrite. L'appendice, avec sa séreuse épaissie et fortement vascularisée, est d'une longueur suspecte. Ablation. Guérison.

Observation XII

Mme N..., octobre 1908.

Carcinome de l'appendice sans aucune métastase. Appendicectomie.

Nous aurons plus loin l'occasion de reparler du carcinome appendiculaire; nous devrons également revenir à ces cas de périty phlite non compliquée lors de nos conclusions critiques.

2. — *Appendicites et péritonites*

Au nombre des appendicites sans complications gynécologiques comptent tous ces cas d'une extrême gravité, où une péritonite généralisée souvent purulente s'associe à la lésion primitive, habituellement à la suite d'une perforation, avec écoulement de pus dans la cavité abdominale. Les organes pelviens restent en eux-mêmes intacts, en pleine fonction et ne prennent part à la péritonite généralisée qu'en mesure de la participation du pelvéo-péritoine. Ces péritonites, issues d'appendicites, s'observent tout aussi bien chez l'homme; il ne peut donc guère être question de complication spéciale à la femme.

Observation XIII

Mlle S..., 26 ans, 28 février 1915.

La malade se plaint de fortes douleurs dans l'hypochondre droit durant déjà quatre jours. Température: 38°9. Constipation chronique.

2 *mars.* — Symptômes de péritonite dans la région appendiculaire.

4 *mars.* — Atonie vésicale.

7 *mars.* — Ventre ballonné; douleurs atroces. On se décide à une opération immédiate. Le péritoine enflammé contient un peu de sérosité louche. La matrice est très rouge, ainsi que les trompes. Ovaires d'aspect normal; *on ne touche pas aux organes génitaux.* L'appendice, assez long, coudé au milieu et enflammé, est réséqué.

18 *mars.* — Première miction spontanée.

31 *mars.* — La malade quitte l'hôpital.

Observation XIV

Mme X..., 22 octobre 1914.

Grossesse du sixième mois. Est prise subitement de douleurs aiguës, de vomissements; ballonnement du ventre. Température: 38°6; pouls: 120. Dyspnée.

23 *octobre.* — Température: 37°5. La malade ne rend pas de gaz. Vomissements. Ce même jour, opération. Beaucoup de pus horriblement fétide dans l'abdomen. Anses intestinales et utérus gravide couverts d'épaisses fausses membranes d'apparence purulente. Séreuse très rouge. Appendice de la grosseur d'un doigt, est à peine encore rattaché au cæcum. Appendicectomie. Drainage de l'abdomen.

Mort après trois jours.

Examen de l'appendice réséqué: à l'extrémité proximale du vermis se trouve une ulcération de toutes les couches de sa paroi.

Observation XV

Mme B..., 25 ans, 5 décembre 1911.

La malade prétend avoir été opérée antérieurement pour une tumeur de l'ovaire gauche; on suppose qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine? Le soir du 2 décembre, elle est prise subitement de nausées et de vomissements, de diarrhée et de douleurs aiguës dans le ventre. Depuis, son état s'est légèrement amélioré. Il s'agit sans aucun doute d'une appendicite aiguë; on fixe l'intervention au lendemain. Opérée le 6 décembre; à l'ouverture du ventre, s'écoule une quantité notable d'exsudat sanguinolent et puru-

lent.Les anses intestinales sont fortement distendues et très rouges; des pseudo-membranes fibrineuses et d'apparence purulentes les couvrent par places. La séreuse de l'appendice et de la trompe droite est également très rouge. Dans le cul-de-sac de Douglas, un peu de pus. La recherche de l'appendice est laborieuse; on le trouve enfin d'une longueur anormale; sa séreuse est fortement vascularisée. Du pus s'écoule d'une perforation, grande comme une tête d'épingle en verre, située sur l'extrémité libre. Appendicectomie. Toilette du péritoine. La malade guérit et quitte la clinique le 22 janvier 1912.

Observation XVI

Mme N..., 10 juillet 1911.

Appendicite aiguë. Abcès stercoral. Laparotomie. Drainage. Guérison.

Corps étrangers

Observation XVII

Mme N..., 50 ans, 1er décembre 1915.

En 1897, amputation supravaginale de l'utérus plein de myomes. Depuis à peu près un an, Mme N... se plaint de douleurs dans le ventre, essentiellement du côté droit. L'évacuation gazeuse est difficile, les selles sont pénibles. On constate un empâtement dans la fosse iliaque droite. Les organes pelviens sont libres. Il s'agit donc d'une appendicite avec péritonite localisée. Opération: l'appendice, de la longueur et du volume d'un petit doigt, est adhérent au

cæcum, à l'épiploon et à une anse grêle. Devant une perforation du vermium se trouve, libre dans l'abdomen, une dent canine en bon état, au milieu d'une collection purulente. Appendicectomie. L'état de la malade est bon pendant quelques jours. Le septième jour, mort subite.

Autopsie. — Inflammation locale et insignifiante, sans exsudat dans la région de l'opération. A part cela, le péritoine est brillant, absolument normal. Grand calcul biliaire. Cœur très atonique, dilaté, infiltré de graisse.

L'étiologie de ce cas est d'un intérêt spécial, vu que le public prête généralement aux corps étrangers avalés une haute importance pour la genèse des appendicites. Un tel avis manque de fondement; en réalité, le chirurgien rencontre exceptionnellement des matières étrangères dans le vermium. Les corps « étrangers » provoquant des accidents appendiculaires ont dans la majorité des cas une origine autochtone, coprolithes, calculs biliaires, etc. (Véron). Les appendicites par déglutition de corps vraiment étrangers sont très rares. Groendahl n'en trouva que quatre fois dans une série de 400 appendicectomies. Aucune publication dans la littérature, que nous connaissons, parle d'une dent comme agent morbifique, bien qu'on ait vu les sujets et objets les plus variés dans l'appendice enflammé: arêtes, éclats d'os ou d'acier, articles de tænia, grains de semence, cheveux et une fois même un éclat de casserole avalé vingt-deux ans auparavant (Zorn). Rigollot-Simonnot, pour ne citer qu'un auteur entre beaucoup, a réséqué un vermis contenant une épingle. Ascarides et oxyures ont été observés à différentes reprises, la première fois par Metchnikoff. Notons encore comme curiosité la publication de Vignes qui rencontra 19 grains de plomb dans le même organe. Michalsky rapporte un cas d'une certaine analogie au nôtre,

où il vit deux morceaux d'une coque d'œuf devant la perforation.

Nécrose totale; abcès pelviens

Observation XVIII

Mme D..., 25 ans, 22 février 1917.

Deux grossesses ; la deuxième fois, la malade accoucha au septième mois de sa grossesse pendant une attaque d'appendicite. Depuis trois semaines, elle accuse à nouveau des douleurs provenant de l'appendice. Cependant, on localise à l'inspection les douleurs essentiellement du côté gauche. La température est élevée à 39°. Il existe une constipation opiniâtre. Le 8 mars, les symptômes inflammatoires aigus ont rétrocédé; on pratique donc l'opération. Le péritoine hyperémié se déchire facilement. L'épiploon, le cæcum, les annexes, la vessie et la paroi abdominale antérieure, sont largement agglutinés. En libérant les adhérences excessivement solides on fait sourdre un pus d'une odeur nauséabonde enkysté dans le Douglas. Les organes pelviens sont à dégager de solides adhésions. Ce faisant, on trouve entre les adhérences deux coprolithes oblongs d'à peu près 1 centimètre et demi. Le cæcum est fortement distendu et plaqué de toute sa longueur ainsi que de son entière largeur aux parties voisines. L'appendice manque complètement; à la place de son implantation antérieure, se trouve une ulcération qui a la dimension d'une pièce de cinq centimes; elle est occupée par une sous-muqueuse d'une couleur brunâtre. On ne peut constater avec certitude une perforation. Entérorrhaphie; toilette du péritoine; suture en trois plans de la paroi abdominale. Guérison en peu de temps.

Nous nous trouvons ici très probablement en présence d'une nécrose complète de l'appendice. Cette disparition du vermis, il faut le reconnaître, est possible et s'explique par une auto-amputation de l'organe à la suite de gangrène totale près de son abouchement au cæcum. Toutefois, précisent Bérard et Vignard, une telle éventualité est aujourd'hui reconnue beaucoup plus rare qu'elle n'était admise il y a quinze ans. Schnitzler relate en deux cas entre 2.000 la destruction totale du vermis. Groedel, Bonneau et Kelly ont observé plusieurs cas d'évacuation d'un appendice sphacélé *per rectum* à l'occasion de péritonite purulente. Ou bien encore on le verra, comme l'indiquent Forgue et Matthes, sous l'aspect d'un cylindre « flasque et grisâtre », flottant dans l'abcès péri-cæcal. Cette auto-amputation peut affecter une allure extrêmement rapide; Chevalier a vu un appendice sphacélé se détacher spontanément au quatrième jour d'une appendicite aiguë. Ajoutons, afin de compléter cet aperçu, que Véliaminoff a observé un cas d'absence congénitale du vermis; c'est du reste la seule publication de ce genre dans la littérature des dernières années.

L'observation XVIII offre en même temps l'exemple d'un abcès pelvien, dont l'origine est purement mécanique, réglée par la loi de la pesanteur. L'évolution naturelle et pour ainsi dire physique de la suppuration péri-appendiculaire doit la diriger vers le fonds de la cavité qu'elle surplombe. Cette remarque, due à Bérard et Vignard, donne une impression exacte de ce qui se passe au moment de la perforation: le pus jaillit hors du vermis et se collectionne, — si le péritoine ne réagit pas immédiatement en formant cloison pour circonscrire l'infection, — au point le plus bas du bassin, au cul-de-sac de Douglas; le pelvéopéritoine l'enkyste ici dans ses adhésions. Inutile de dire

que l'évolution sera identique pour les suppurations non perforatives ; nous avons affaire alors à une péritonite localisée au périty phlon, issue d'une migration transpariétale des microbes de l'intestin malade ; ils atteignent le péritoine par l'intermédiaire des lymphatiques.

Les abcès pelviens chez la femme résultent du reste bien plus souvent d'affections génitales que de l'appendicite. Le mérite d'avoir reconnu et proclamé ce fait revient à Fraenkel, et, en seconde ligne, à Veit, qui, lui aussi, nie le rôle déterminant de l'appendice dans la production de ces abcès. Le sort des collections purulentes localisées dans le Douglas peut être différent ; si le pus ne se résorbe, si la tumeur ne s'organise point, les matières se frayeront tôt ou tard un chemin à travers les tissus voisins et la peau à l'extérieur ; le plus souvent, c'est l'intestin qui leur servira de passage (Bérard et Vignard, Hoffmann). Ces différentes versions sont illustrées par les deux cas suivants :

Observation XIX

Mme S..., 47 ans, 21 juin 1913.

Ménopause depuis un an ; la malade accuse des douleurs permanentes dans le bas-ventre. Elle a beaucoup maigri ; elle prétend ressentir tous les soirs, à la même heure, des douleurs au-dessus de la symphyse.

Inspection. — Vive sensibilité au-dessus de la région inguinale droite. Une grande tumeur bosselée s'étale dans le cul-de-sac vésico-utérin. Commencement de prolapsus.

Opération. — Le cul-de-sac de Douglas et les parties basses de la cavité pelvienne sont remplis de l'épiploon et d'anses intestinales qui forment gâteau avec les organes voisins. En dégageant la vessie comme tous les autres orga-

nes de ses adhérences, on voit sourdre un peu de pus épais; il s'agit d'un abcès du côté droit de la paroi vésicale qui n'est du reste pas en communication avec la cavité de la vessie. Impossible de libérer les agglutinations dans la région cæcale; on ne peut trouver l'appendice.

29 *juin.* — Exitus.

Autopsie. — Dans la région de l'opération, sérosité d'un gris sale. Epiploon et anses intestinales totalement agglutinés. Dans le typhlon, à la place correspondant à l'abouchement du vermis, sténose étendue avec plusieurs grandes et anciennes ulcérations; l'appendice lui-même a péri.

On opinera juste en admettant que cette fois l'abcès descendant allait percer dans la vessie. Les fistules appendiculo-vésicales sont assez rares. Pousson en note un cas; Person en a réunis une trentaine dans sa thèse. Notre observation démontre que la communication entre l'appendice malade et la vessie se fait par l'intermédiaire des adhérences qui forment un excellent terrain pour des trajets fistuleux (Person). Cette complication de l'appendicite s'explique aisément par la position pelvienne du vermis; on comprend que, dans le petit bassin de la femme, où, selon une expression de Besson, les organes aux destinations les plus différentes se rencontrent comme dans un carrefour, le processus vermiculaire puisse facilement se trouver à côté de la vessie. Les douleurs vespérales, apparaissant toujours au même endroit et à la même heure dans notre cas, c'est-à-dire probablement au moment où la tension maximale des parois vésicales irritait le foyer purulent, présente un symptôme assez curieux et fait pour donner au diagnostic une direction précise. Ajoutons qu'il s'agit dans ce cas, comme dans le précédent, d'une destruction totale du vermis gangréné.

Observation XX

Mlle R..., 23 ans, 8 mars 1918.

Des pertes de sang, continuelles depuis plus de trois mois, viennent de cesser il y a huit jours, faisant place à des douleurs intolérables dans tout le bas-ventre. Inspection: Malade excessivement affaiblie. Au-dessous de l'ombilic, on distingue une tumeur ferme et élastique qui comprime l'utérus contre la symphyse. Le ventre est souple.

Le lendemain, le ventre est dur comme du bois, très distendu. Température: 38°5. Pouls: 100, très mou. Opération: le péritoine viscéral et pariétal est enflammé et taché de pus. L'épiploon et un gâteau d'anses intestinales forment ensemble une tumeur grosse comme une tête d'homme à la surface brillante. L'appendice, très rouge et épaissi, s'implante comme un cordon fortement tendu au sommet de la tumeur. Ablation totale. En libérant les adhérences on donne issue à une sérosité d'une odeur nauséabonde qui sourd d'une anse placée devant la valvule de Bauhin; en même temps, les mêmes matières fétides jaillissent de la tumeur rétro-utérine; elle se rapetisse à vue d'œil. Le foyer de la tumeur est incisé et fait reconnaître une péritonite purulente. Guérison lente, mais complète.

Voici un cas d'abcès enkysté dans le Douglas, originaire du vermis qu'il a pu encercler dans ses adhérences grâce à son développement volumineux. En une seconde phase, le pus réussit à percer dans le tractus intestinal et à y pénétrer profondément. Les pertes rouges, continuelles, étaient sans doute la suite de la congestion des organes pelviens par l'irritation longue et violente de leur séreuse.

La série des abcès appendiculaires se termine par l'observation numéro I, publiée au début, rapportant la formation d'un tumeur iléo-cæcale; la perforation avait, dans ce cas-là, déclanché la réaction spontanée du péritoine et localisé le foyer.

L'étude de cette première suite d'appendicectomies nous apprend, somme toute, que de 80 affections du vermis cæcal, dont la plupart très graves, 20 cas (= 25 p. 100) montrèrent des organes génitaux intacts. Pour nous ce résultat est inconciliable avec les thèses de l'école fribourgeoise.

II. — Appendicites avec complications gynécologiques

1. — *Appendicite primitive*

a) *Pathogénie.* — Arrivée à la phase, où nous nous trouvons, la discussion exige la résolution d'une question importante entre toutes; c'est la détermination des différents modes et de la fréquence des rapports morbides entre l'appendice et le système génital féminin ayant leur point de départ au vermis. De prime abord, les opinions paraissent unanimes à ce sujet. « Presque tous les auteurs reconnaissent que des rapports intimes existent entre l'appendice et les organes génitaux de la femme; mais ils contestent absolument qu'une appendicite puisse produire une inflammation typique des annexes et inversement celle-ci une appendicite » (Fabricius). Ces rapports intimes sont uniquement les effets du contact; tout le monde s'accorde à le dire Citons Bérard et Vignard: « C'est beaucoup plus par contact direct que les infections pelviennes se propagent à l'appendice que par l'intermédiaire du fameux ligament

Clado ». Pour Freund, aucun autre processus anatomique, physiologique ou physique n'entre en considération, même pas le courant lymphatique intrapéritonéal, dont Clark a démontré qu'il est toujours dirigé sur le diaphragme, partant dans le sens inverse et cela sans être influencé par la position de l'individu. A Guillard, le contact par simple rapprochement des deux groupes d'organes suffit à expliquer leur influence réciproque.

L'analyse de nos multiples observations confirme l'explication fournie par Barnsby sur les effets du contact interorganique; ils consistent au début en lésions péri-appendiculaires qui se communiquent au péritoine et incitent celui-ci plus tard à envelopper le vermis d'exsudats plastiques (fausses membranes, adhérences). Cette description est avantageusement illustrée par une esquisse de W.-A. Freund, reproduite dans le traité de Schroeder; elle représente l'appendice plongeant dans le bassin, tout juste dans sa partie atteinte par une affection de la trompe, affection qui s'est propagée au district péritonéal voisin; l'appendice se voit déjà infecté à son tour sur sa périphérie. Le même schéma renversé s'adapte sans aucun changement à la propagation des affections du vermis. Il résulte clairement de ces descriptions que les rapports pathologiques entre ces deux groupes d'organes engendreront toujours des péri-appendicites ou des périsalpingites, jamais une endo-appendicite ou une endo-salpingite, types classiques de ces inflammations; cette conception est confirmée par le témoignage de Fabricius cité tout à l'heure. Il s'agira dans tous les cas d'une dissémination régionale et périphérique des germes pathogéniques. Répétons ici que cette évolution peut très bien ne pas être précédée d'une perforation; l'immigration de microbes dans le péritoine à travers les pa-

rois de l'intestin malade, dont nous parlons plus haut, suffit pour déterminer une action exsudative de la séreuse, produisant adhérences et agglutinations entre organes voisins. Ces adhérences sont la dernière manifestaion du contact pathologique.

Mais pour que les relations appendiculo-utéro-annexielles en arrivent là, il faut des circonstances favorables et favorisantes ; les différents auteurs considèrent comme telles la longueur anormale du vermis, sa position pelvienne, le cæcum mobile, l'entéroptose, le volume exagéré de néoplasmes dans le pelvis, la position haute des annexes de l'utérus gravide, l'ectopie des ovaires restés parfois plus haut situés dans leur migration vers le petit bassin. Nous croyons pouvoir ajouter à tous ces modes de corrélations morbides celui du contact indirect par l'intermédiaire d'anses intestinales agglutinées dans les adhérences limitrophes du foyer de l'infection et servant de trait d'union ; ou bien alors par l'intermédiaire de l'épiploon faisant fonction de conducteur de l'inflammation, pour envelopper finalement tous les organes pelviens dans un labyrinthe d'adhérences.

L'existence des rapports pathologiques devient tout à fait improbable aussitôt que manquent les adhérences.

Nous insistons particulièrement sur ces faits, dont on verra de suite la haute importance. Les appendicites microscopiques de Pankow font défaut à cette règle ; Pankow prétend même qu'il est habituel de ne pas rencontrer de cohérence continuelle entre les adhérences vermiculaires et annexielles. Si on lui croit, ces cas se présentent ordinairement sous deux aspects ; ou groupes d'adhérences isolées de chaque côté, ou bien gâteau du pelvéo-péritoine d'un côté et de l'autre vermium mobile, apparaissant intact à l'œil nu. Et de conclure « qu'évidemment les adhérences des plus étendues pouvaient tout à fait se résoudre ». Cette concep-

tion des choses est non seulement en contradiction à nos observations, mais elle est encore diamétralement opposée à ce que l'anatomie pathologique enseigne au sujet des affections péritonéales. Les adhérences sont à considérer comme suites de guérison du péritoine par cicatrisation; on peut compter avec une certaine organisation des adhérences, si les circonstances s'y prêtent, mais on ne verra jamais leur complète résorption, excepté naturellement si la malade a eu à subir un traitement résolutif (compresses chaudes, diathermie, etc.).

Représentons-nous, pour nous en convaincre, avec Courciéras, le développement des adhérences: à la suite d'une appendicite aiguë et chronique, sous l'influence du processus inflammatoire, la séreuse donne naissance à un exsudat pseudo-membraneux qui accole les feuillets du péritoine entre eux. Cet exsudat néoforme, en s'organisant, un tissu vasculaire et fibreux. Ces tractus fibreux maintiennent l'accolement du péritoine et des organes couverts de séreuse. Et c'est ainsi que naît la péri-appendicite cicatricielle. Il est clair que ces adhérences sont interorganiques, qu'elles forment avec les organes saisis une grande agglomération autour et avec le vermis, agglomération d'autant plus solide qu'elle doit protéger la cavité abdominale contre la propagation de l'infection; on comprendrait donc mal comment cet amas d'adhérences se partagerait en deux groupes distincts et surtout comment il se résoudrait complètement.

b) *Complications utéro-annexielles.* — Le développement du dernier chapitre permet de prétendre que la pelvéo-péritonite dans toutes ses formes d'apparition chez la femme tient la plus grande place parmi les quelques rares maladies gynécologiques dues à l'appendice. Kroenig énumère

les suites possibles d'une pareille péritonite pelvienne qui seraient:

1° Utérus maintenu en rétroposition;

2° Trompes bouchées, par conséquent stérilité;

3° Ovaires enveloppés dans des adhérences; follicules de Graaf empêchés de crever, donc formation de kystes souvent multiples.

Ces trois solutions sont admissibles; mais ajoutons, au risque de nous répéter trop souvent, que ces complications d'appendicite se rencontrent le moins possible. Et encore sont-elles sujettes aux restrictions qui vont ressortir des observations suivantes. Seule une rétroflexion fixée de l'utérus peut prendre issue d'une affection vermiculaire; cela s'ensuit de toutes les précédentes réflexions. Le traitement résolutif appliqué dès le début est heureusement fait pour rendre à la matrice sa mobilité, après avoir résorbé en quelque sorte les adhérences utéro-appendiculaires (et naturellement utéro-douglasiennes) « glutineuses et fragiles quand elles sont récentes » (Forgue). En voilà un exemple classique:

Observation XXI

Mlle M..., 42 ans, 2 juin 1917.

Fausse couche il y a vingt-trois ans. Depuis ce moment les règles sont devenues douloureuses avec de grosses pertes de sang. Constipation chronique; douleurs à la miction. La malade arrive à la clinique pour des douleurs dans le bas-ventre. Inspection: l'utérus est comprimé contre la symphyse par une tumeur des annexes droites, atteignant

la dimension d'une tête d'enfant. Sensibilité du point de Mac Burney. Température : 38°8.

17 *juin*. — La malade sort d'une crise d'appendicite dont les derniers symptômes sont aujourd'hui : un léger empâtement dans la région appendiculaire et un exsudat dans le Douglas. L'utérus est maintenant immobilisé en rétroversion.

25 *juin*. — L'empâtement iléo-cæcal a disparu. La rétroversion s'accentue. Tamponnements, compresses chaudes.

6 *juillet*. — Douleurs dans le ventre et la région sacrée depuis quelques jours ; la malade demande l'intervention.

7 *juillet*. — Opération : l'utérus deux fois trop grand se présente en rétroversion ; il est nettement *arcuatus duplex* et porte un fibro-myome gros comme un œuf. La face postérieure du col de la matrice communique par de courts tractus avec le Douglas. Enucléation du myome. Ablation de l'ovaire droit porteur d'un petit kyste uniloculaire. Les annexes sont intacts à part cela. Réposition et fixation de la matrice. L'appendice est coudé, sa séreuse hyperémiée ; sa dimension se rapproche à peine de celle d'un petit doigt. Quelques légères adhérences aux environs. Résection.

7 *août*. — Les suites de l'opération étaient simples ; la malade quitte aujourd'hui la clinique.

Dans le présent cas il est intéressant de suivre la formation de la rétroversion dans toutes ces phases. Nous présumons qu'ici le contact interorganique a été détruit par le traitement subi. Cet effet complet n'a rien d'étonnant vu la fragilité des adhérences récentes. Sans intervention médicale, la continuité était conservée.

L'observation suivante présente des signes caractéristiques semblables.

Observation XXII

Mme X..., 25 ans, 1916.

Mariée et stérile. Rétroflexion. Pas trace de gonorrhée. On a essayé en vain pendant des mois de la diathermie. Opération : les annexes des deux côtés, ainsi que le cæcum, montrent une légère inflammation. Annexes libérées de nombreuses adhérences. Appendice plein de coprolithes ; inflammation chronique. L'utérus est solidement fixé dans le Douglas. Appendicectomie. Racourcissement des ligaments ronds.

Il s'agit dans la suite d'une rétroflexion guérie par réposition et application d'un pessaire. L'appendicite comme facteur étiologique, n'a été reconnue qu'ultérieurement.

Observation XXIII

Mme K..., 36 ans, 23 février 1913.

Trois grossesses normales, une fausse couche. La malade ressent depuis six mois des douleurs dans la région sacrée. Les avant-dernières règles vinrent dix jours trop tôt et furent caractérisées par de vives douleurs et une forte métrorragie. La dernière période était sans douleurs jusqu'au dernier jour. Tamponnement, arc électrique. Le 8 mars, on replace l'utérus dans sa position normale et on essaye d'appliquer un pessaire ; la malade ne supporte plus l'anneau et demande l'intervention qui est pratiquée le 5 juin 1913. Les annexes droites sont trouvées en partie adhérentes au cæcum et aux anses intestinales voisines. La trompe est

gonflée (hydrosalpinx). On libère les adhérences et on ampute les annexes droites ainsi que le vermis. Ventrifixation de la matrice. Les annexes gauches sont intactes. Guérison.

La matrice était certainement cette fois comprise dans les adhérences du début; le pessaire a ensuite complété l'effet salutaire de la réposition. L'hydrosalpinx n'est rien d'autre qu'une stase des sécréta, consécutive à l'occlusion de l'ostium tubal; elle deviendra pyosalpinx après immigration transpariétale d'agents infectieux. Si le processus pelvipéritonitique s'étend sur les deux groupes d'annexes en fermant l'orifice des trompes par ses enveloppements, la malade en restera facilement stérile. Cette stérilité est heureusement opérable. Les péritonites du pelvis causent enfin des dégénérescences kystiques des ovaires ; nous partageons en ce point l'opinion de Kroenig, dont mention fut faite plus haut. Ces dernières collections anormales de sécréta donnent, comme celles des trompes, occasion à des putréfactions. Toutes les versions brièvement décrites sont imaginables; mais, disons-le une dernière fois, elles se greffent tout à fait exceptionnellement sur une appendicite. Le nombre restreint des observations suivantes en est une preuve.

Observation XXIV

Mme S..., 31 ans, 17 avril 1916.

Mariée depuis cinq ans, Mme S... est restée stérile. Elle accuse des douleurs dans le bas-ventre. Légères pertes blanches. Inspection: l'utérus mal développé est en rétroversion. On sent des adhérences annexielles très étendues; il est vraisemblable que le vermis en fasse partie. Le col de la matrice est rétréci, comme sténosé. Pas trace de gonor-

rhée. Opération le 24 avril. L'épiploon fortement tendu colle dans sa totalité solidement à la vessie et dans le Douglas. Les annexes intactes sont libérées de nombreuses adhérences. L'appendice, aplati, plaqué sur son méso, adhère à plusieurs anses intestinales.

Le développement infantile de l'utérus a peut-être joué un rôle dans la stérilité de Mme S... On observe à merveille ici le contact indirect par l'intermédiaire d'anses intestinales et de l'épiploon.

Observation XXV

Mlle S..., 8 décembre 1916.

Les dernières règles durent depuis dix jours, après être arrivées quinze jours trop tôt. La malade se plaint de douleurs dans la région hépatique. Elle a diminué de poids dans les derniers temps. A l'inspection, la matrice se trouve en antéversion; à sa droite, une tuméfaction de la grosseur d'une orange. Intervention le 9 décembre. L'utérus a le double de son volume normal. Les annexes droites forment gâteau avec l'épiploon distendu qui, de son côté, adhère à la paroi abdominale ainsi que d'une façon solide à l'appendice. Celui-ci est couvert d'épaisses fausses membranes. Les annexes droites forment une tumeur grosse comme un poing; la tumeur crève et l'on voit s'écouler du pus liquide. Résection des annexes et du vermis. Les annexes gauches sont conservées. Suites simples.

Observation XXVI

Mme G..., 28 ans, 12 septembre 1912.

La maladie débuta, il y a trois semaines, avec des dou-

leurs dans le bas-ventre. Depuis, la malade a gardé le lit. Les souffrances s'accentuent de jour en jour. Douleurs à la miction. Pas de pertes blanches. Opérée le 30 septembre : l'appendice et deux anses grêles sont collés à la trompe droite enflammée et épaissie. La matrice est adhérente à la vessie. Annexes gauches intactes. Trompe et vermis sont réséqués. Guérison.

Observation XXVII

Mme N..., 1917.

Les antécédents relatent différentes crises d'appendicite. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Appendicite chronique. Tumeur des annexes droites partant du vermis appendiculaire. Ectomies. Guérison.

Observation XXVIII

Mme X..., 1917.

Cæcum mobile. Péri-oophorite droite. Appendicite. Opération à froid. Adhérences partant distinctement de l'appendice. Ablation. Guérison.

Observation XXIX

Mme N..., 1906.

Kyste dermoïde purulent de l'ovaire droit. L'appendice enflammé s'implante sur la tumeur ; il est collé à la vessie et à l'utérus, grâce à sa longueur excessive. Tumeur et appendice réséqués ensemble. Suites simples.

2. — *Appendicites secondaires*

Une série d'affections secondaires du vermis, ayant leur point de départ aux organes génitaux, s'oppose aux neuf (entre 80) cas d'appendicites primaires. Barnsby, qui ne croit qu'aux appendicites secondaires, parle en ces cas d'affections du vermis d'origine annexielles, préparées par l'annexite, la première en date; il explique la coexistence de ces lésions par la fréquence de la situation pelvienne du vermis chez la femme et le contact d'un organe sain, l'appendice, avec un organe malade, trompe ou ovaire.

Observation XXX

Mme L..., janvier 1914, âgée de 24 ans, est notoirement atteinte de gonorrhée; une péritonite aiguë, issue d'une salpingite gauche, a compromis le vermium et nécessite une intervention chirurgicale; on pratique l'appendicectomie.

Une autre appendicite secondaire, semblable à la première, se développe sur une base de septicémie puerpérale.

Observation XXXI

Mlle S..., 28 ans, 8 juillet 1916.

Avortement il y a quatre semaines. La malade prétend être tombée dans l'escalier tout en étant chargée d'un panier plein de bois. Fièvres et pertes de sang l'ont maintenue au lit jusqu'à ce jour. Inspection: femme anémique.

Hémoglobine: 60 p. 100. Température: 39 degrés. Pouls: 120. Utérus en antéflexion. Légère paramétrite. Les annexes droites forment une tumeur sensible et grosse comme un poing. Opération: parois abdominales anémiées. Le péritoine, enflammé et rouge, contient une sérosité louche. L'utérus puerpéral et les annexes sont libérés d'adhérences qui les enveloppent. Le cæcum et son appendice de couleur jaunâtre collent assez solidement aux annexes droites. Appendicectomie. Guérison.

Les suppurations perforatives des annexes droites et même gauches deviennent un danger constant pour le vermis cæcal flottant dans la sérosité infectée; l'examen microscopique de l'organe réséqué laisse voir toujours les lésions primitives dans la séreuse, la périphérie étant seule en contact avec les matières infectieuses.

Observation XXXII

Mme R..., 46 ans, 10 janvier 1918.

Depuis trois mois, la menstruation s'est faite irrégulière; pertes malodorantes. A l'intervention, on rencontre dans l'abdomen des masses de pus liquide et trouble. Des flots de pus fétide coulent d'une tumeur formée par la trompe et l'ovaire gauche. Ablation de la tumeur et de l'appendice enflammé. Enucléation d'un fibro-myome sous-séreux de la matrice. Examen microscopique de l'appendice réséqué: infiltration diffuse des couches extérieures de la paroi du vermis.

Observation XXXIII

Mme W..., 35 ans, 18 novembre 1915.

Péritonite pelvienne purulente, périmétrite. Pyosalpinx

crevé. Appendice collé au cæcum, sa pointe en l'air, vivement enflammé. Appendicectomie. Résection de la trompe droite. Libération de nombreuses adhésions. Suites simples.

Observation XXXIV

Mme D..., 49 ans, 14 novembre 1917.

Kyste de l'ovaire droit. Du même côté: pyosalpinx perforé; pus d'une fétidité horrible. Appendice vivement enflammé. Ablation de la trompe et du vermis.

On constate parfois des lésions de la séreuse vermiculaire avec inflammation consécutive que produisent les grands néoplasmes des annexes par contact et frottement continuels. En parlant spécialement de l'hypertrophie utérine Bérard et Vignard disent qu'elle agit en soulevant la région cæcale et en déterminant par coudure ou compression des troubles circulatoires, en particulier de la congestion veineuse du vermis. Toutes les appendicites associées à des tumeurs d'un volume exagéré comptent donc parmi les types secondaires.

Observation XXXV

Mlle E..., 41 ans, 11 juin 1917.

Fibromyome de l'utérus, lourd de 9 livres, auquel étaient collés l'appendice et plusieurs anses intestinales. Amputation *in continuo*. Guérison.

Observation XXXVI

Mlle B..., 36 ans, 18 mai 1906.

Amputation supravaginale d'un immense fibromyome; résection de l'appendice adhérent. Guérison.

Observation XXXVII

Mme S..., 27 ans, 4 avril 1911.

Grossesse ectopique. Hématocèle rétro-utérine, grosse comme une tête d'enfant. Dégénérescence kystique des deux ovaires. L'appendice colle à la membrane de l'hématocèle. Amputation des annexes. Appendicectomie. Guérison.

Observation XXXVIII

Mlle X..., 21 ans, 1907.

Grand papillome de l'ovaire droit. Appendice adhérent. Amputation de l'annexe malade et du vermis.

Il nous reste à relater cinq cas d'annexites purulentes bilatérales, dont la duplicité décide en faveur d'une étiologie annexielle. On peut établir la règle générale, que les cas d'appendicite compliqués d'affections annexielles bilatérales sont toujours secondaires; les annexites droites, par contre, peuvent être d'origine appendiculaire, bien entendu sous les réserves formulées dans le chapitre précédent. La seconde série d'observations sera terminée par un exemple d'appendicite à la suite d'une opération dans le district annexiel.

Observation XXXIX

Mme N..., 1918.

Ablation de la trompe gauche et d'une tumeur formée par la trompe et l'ovaire droits. Appendicectomie. Guérison.

Observation XL

Mme N..., 29 ans, 1907.

Les annexes droites et gauches malades ainsi que l'appendice adhérent sont réséqués. Guérison.

Observation XLI

Mlle X..., 19 ans, 24 janvier 1910.

Tumeur purulente des annexes gauches, tumeur des annexes droites. Péritonite adhésive chronique. Appendicite. Amputation des annexes et du vermis. Guérison.

Observation XLII

Mme X..., 32 ans, 18 décembre 1911.

Tumeur, grosse comme un poing, des annexes gauches; trompe et ovaires droits forment une tuméfaction de la dimension d'un citron; l'appendice y est adhérent en même temps qu'au cæcum. On ampute annexes et appendice. Guérison.

Observation XLIII

Mme N..., 2 octobre 1915.

Cancer répandu du péritoine. Immenses carcinomes des deux ovaires. Appendice en agglutination au néoplasme droit. Résection des organes cancéreux et du vermium.

Observation XLIV

Mme S..., 40 ans, 2 février 1916.

La malade a été opérée il y a trois ans à la suite d'une grossesse ectopique (hématocèle). A présent elle est prise de vomissements et de crampes douloureuses dans le bas-ventre. A l'intervention, on rencontre, dans la région de l'ancienne opération, des adhérences étendues qui emprisonnent l'appendice. Dégagement des adhérences, ablation des annexes droites et du vermis. Guérison.

3. — *Affections simultanées de l'appendice et des organes génitaux*

Les affections simultanées et simplement coïncidantes des organes voisins, forment la majorité de nos quatre-vingt observations. Cette constatation confirme une fois de plus l'expérience de Kelly, cité par Bérard et Vignard à l'appui de leur thèse, que « même malades simultanément, appendice et organes pelviens pouvaient avoir entre eux aucun rapport pathologique ». Selon Delagénière, la coïncidence de l'appendicite avec les affections des annexes est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Pour Mary, les simples coïncidences sont loin d'être exceptionnelles. Quant à Bouilly, il considère toutes les affections simultanées sans exception comme pures coïncidences. Kelly, sur 240 appendicites, trouva 128 fois des coïncidences dues au hasard (= 53,4 p. 100), 95 fois une appendicite non associée à une affection gynécologique (= 40 p. 100) ; ces résultats se rapprochent de beaucoup des nôtres ; on s'en rendra compte

facilement en comparant ces chiffres à ceux de la statistique du prochain chapitre.

Seront à enregistrer comme simultanés et sans corrélation avec l'appendicite tous les cas de myomatose, kystes, rétroflexion, grossesse extra-utérine et d'affections générales dans le pelvis qui ne montrent ni adhérences, ni un autre contact organique avec le vermis ou dont la nature exclut de ce fait même des rapports causals. Réunies en une petite rubrique, nos observations rapportent la rencontre d'une appendicite avec:

Une myomatose de l'utérus	7 fois
Une formation de kystes ovariques	6 —
Un pyosalpinx	4 —
Une rétroflexion mobile	4 —
Une grossesse ectopique (hématocèle)	3 —
Un carcinome de l'ovaire	1 —
Un carcinome de l'utérus	1 —
Une urétrite gonorrhéique	1 —
Une rétroflexion fixée	1 —
Un fibrome de l'utérus plus une tumeur annexielle.	2 —
Une double salpingite	1 —
Une hernie plus un fibrome de l'utérus	1 —
Un hématokyste plus un hydrosalpinx	1 —
Une tumeur ovarique plus un hydrosalpinx	1 —

Cette dernière observation est intéressante par l'affection appendiculaire, qui, sous le microscope, a été reconnue être un carcinome. Le carcinome authentique du vermis est, d'après Nengebauer, une néoformation aussi rare que maligne. La majorité des auteurs partage l'avis de Hoerrmann qui considère cette tumeur comme un néoplasme micro-épithélial avec le caractère histologique d'un carci-

nome, dont la malignité, au point de vue clinique, n'a nullement été prouvée. Nous constatons, avec Kemhadjan, qu'en effet l'envahissement ganglionnaire et la généralisation sont exceptionnels. Son maximum de fréquence est, d'après le même auteur, de 20 à 30 ans. Le diagnostic du carcinome de l'appendice est posé le plus souvent par hasard au courant d'une opération ou d'une autopsie (Landau, Kemhadjan). L'évolution de la maladie, qui est d'habitude très lente à se développer, rappelle celle de l'appendicite chronique (Zaaijer, Massart, etc.). Dorn établit le compte suivant: 0,4 p. 100 de tous les vermis ectomiés sont carcinomateux; ils forment des métastases en 3 p. 100 à 4 p. 100 et récidivent en 1 p. 100 des cas. Letulle nous apprend que le cancer primitif du vermis cæcal est une affection connue seulement depuis peu. La première observation macroscopique date de 1882, la première microscopique de 1893. Depuis 1883, on a publié en tout 238 rapports sur le cancer de l'appendice. Chez notre malade, cette affection fut reconnue aussi par hasard au cours d'une opération. La bénignité du néoplasme ressort du fait que la femme en question (selon sa lettre du 23 mars 1918) n'a eu à se plaindre de rien jusqu'à ce jour, c'est-à-dire sept ans après l'intervention.

La série des 80 appendicectomies prend fin avec deux observations que nous ne saurions classer dans une des différentes rubriques d'appendicite; l'opération a donné deux fois un résultat trop peu significatif pour un jugement net et précis; les observations au nombre très restreint auraient du reste une influence minime sur les conclusions importantes. Nous avons donc cru devoir noter à part les cas indécis que voici:

Observation XLV

Mme M..., 17 mai 1909.

Trois grossesses normales. La menstruation manque depuis deux mois; depuis quelques jours, pertes rouges continuelles.

Inspection. — Utérus trop grand, très souple. Dans le cul-de-sac de Douglas, un empâtement vague.

Intervention le 19 mai. — Péritoine très rouge. Utérus, au deuxième mois de la grossesse, d'une souplesse extraordinaire; il est agglutiné au rectum et dans le Douglas par un exsudat assez récent. La séreuse de l'utérus se déchire; on renonce donc de faire la moindre des choses dans cette région. Les annexes, libérées de leurs adhérences, se présentent intactes, à peine hyperémiées. Aux environs de l'appendice existent d'anciennes adhérences. Mais le point de départ de la péritonite ne peut être reconnu avec certitude. La malade avorte le même soir.

Observation XLVI

Mme K..., 35 ans, 9 mars 1916.

Se présente à la clinique pour des douleurs dans le bas-ventre. Inspection: tumeur indéfinissable dans la région cæcale. Le cæcum lui-même est d'un rouge vif et adhère légèrement à une anse grêle, d'une façon plus solide à la trompe droite. Celle-ci quoique à peine hyperémiée, est réséquée à cause d'hémorragie. Ovaires intacts. L'appendice est décollé du cæcum où le maintenait, la pointe en l'air, le méso largement adhérent. Dans la lumière du vermis, un

peu de pus. Examen histologique de l'appendice réséqué: nulle trace d'inflammation sur les coupes histologiques du vermis et de la trompe.

L'examen microscopique montre ici l'appendice et la trompe complètement intacts; on aurait pu s'attendre au contraire.

Peut-être avons-nous devant nous un de ces cas sur lesquels Dieulafoy attirait l'attention en prétendant que « quantité de gens, simplement atteints de typhlocolite muco-membraneuse » étaient souvent « indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas ». L'inflammation violente de la région du typhlon, le pus dans le vermis intact, provenant sans aucun doute du cæcum malade, tout cela parle en faveur de cette hypothèse.

STATISTIQUE

En résumant une dernière fois les résultats de notre travail, nous arrivons à établir la statistique suivante. Au courant des 1.430 laparotomies gynécologiques, l'appendice cæcal fut trouvé atteint d'une affection quelconque 80 fois = 5,59 p. 100.

Ces 80 cas se répartissent ainsi :

	NOMBRE DES CAS	0/0 DES 80 APPENDICECTOMIES	0/0 DES 1430 CAS
Appendicites sans complications gynécologiques	20	25 %	1,39 %
Appendicites primitives	9	11,25 %	0,62 %
Appendicites secondaires	15	18,75 %	1,04 %
Affections simultanées non cohérentes	34	42,5 %	2,37 %
Cas indécis	2	2,5 %	0,13 %
Par conséquent affections gynécologiques et appendicites associées	60		4,19 %
Dont sûrement en rapports pathologiques	24		1,67

D'après cette statistique, le gynécologue pourra donc s'attendre à rencontrer l'appendice malade en 4 p. 100 en-

viron de toutes les laparotomies pratiquées dans n'importe quel but; l'appendice sera l'agent morbifique seulement en à peu près 0,6 p. 100 des cas; vermis et organes pelviens de la femme auront eu en 1,5 p. 100 des cas des rapports pathologiques; ce résultat correspond absolument à la moyenne des proportions observées par les différents auteurs cités.

CONCLUSIONS

Pour reconnaître l'importance des multiples constatations faites au cours de la présente étude, il devient nécessaire de s'occuper enfin de ce que proclament Pankow, Kroenig et partisans comme suites logiques de leurs travaux. Ils exigent la résection systématique du vermis à l'occasion de toute laparotomie, à la seule condition que le malade puisse supporter une opération prolongée de quelques minutes. Voilà ni plus ni moins que la proclamation de l'appendicectomie préventive. Mais pour peu que la motivation de cette exigence nous paraisse incertaine après les critiques des chapitres précédents, nous avons le devoir d'étudier la question.

Nous nous déroberons d'autant moins à ce devoir que la question présente à première vue les signes d'une exagération peu commune. Il suffit de voir Lediard demander la résection systématique de l'appendice cæcal pour tous les enfants, comme se pratique la vaccination antivariolique dans tout le monde civilisé ou la circoncision chez les Juifs. Même de fervents partisans de l'appendicectomie prophylactique voient là des formules outrancières (Longuet, Touzé).

De telles aberrations ne s'expliquent vraiment que par des erreurs comme celle de Hadra; trouvant une région iléo-cæcale quelque peu sensible au tiers de ses malades, cet

auteur en conclut que l'appendicite est parmi les premières maladies les plus fréquentes chez l'homme. Plus sérieux sont les motifs des chirurgiens, dont parlent Bérard et Vignard, chirurgiens qui terminent leurs opérations exécutées sur l'abdomen par l'ablation systématique de l'appendice « redoutant les dangers inhérents à sa présence ». A Lejars, il semble être de bonne pratique d'enlever l'appendice, même s'il semble normal, afin de débarrasser le malade d'un organe toujours dangereux et de prévenir ainsi des désastres ultérieurs. Rousseau et Cassard demandent l'appendicectomie préventive au cours de laparotomies, si l'intervention n'en est pas compliquée ni prolongée. Tous les partisans de la méthode prophylactique font du reste cette restriction. Seul Longuet ajoute une seconde restriction en voulant exempter les sujets obsédés, les hypochondriaques qui « toute leur vie souffrent du ventre » (Touzé). Il convient de dire ici que Longuet a inauguré la pratique de l'appendicectomie prophylactique complémentaire, au cours d'opérations abdominales et para-abdominales nécessitant l'anesthésie générale (1897).

La crainte d'une attaque première et la crainte des récidives, dont chacune pourrait devenir aussi dangereuse que la première attaque, son inocuité clinique et biologique, voilà les arguments pour l'appendicectomie préventive. Freund a dit juste à ce sujet en s'exclamant : « Comment un chirurgien, dont les actes sont dictés uniquement par un exact diagnostic scientifique, peut-il se laisser guider par la crainte d'une première lésion possible un jour! » Quant aux récidives, on leur pose des pronostics bien différents et divergents ; nous ne sommes pas très convaincus du danger qu'elles présentent ; nos observations donnent plutôt raison à Boas ; selon lui, les violentes crises aiguës avec symptômes de perforation sont tout à fait ra-

res au courant des appendicites chroniques; les cas à évolution chronique auraient au contraire toujours la tendance de rester chroniques. Une trop grande attention à de minimes lésions microscopiques, une trop grande crainte d'infections primaires et des récidives mènent forcément à des extravagances. On voit ainsi Pankow préconiser l'ectomie spécialement du vermis intact à l'œil nu, parce que les vermes enfouis dans des adhérences avec de sérieuses altérations extérieures seraient presque toujours oblitérés, sans entrer en considération pour les récidives. Fraenkel, il faut le reconnaître, à raison de nous mettre en garde contre ce genre d'exagération, et Fueth de flétrir la tendance de certains auteurs américains qui mettent chaque sensation pénible, chaque douleur à la suite d'opérations aux annexes, sur le compte de l'appendice. On pourrait, au contraire, mettre bien des doléances dont on charge l'appendice sur le compte d'autres organes; car, bien souvent, l'appendice est enlevé sans que cela produise le moindre effet sur les symptômes pathologiques mis à sa charge. La littérature en accumule les preuves.

Lenhartz constate que 10 p. 100 des appendices ectomiés et examinés par Aschoff et Fraenkel sous le microscope se sont montrés intacts. Ponsard cite la déclaration de Orth à la Société de médecine de Berlin, d'après laquelle 9 à 10 p. 100 des appendicectomies seraient pratiquées inutilement, sans apporter un soulagement au malade. Il est très intéressant de noter à ce sujet deux publications certainement pas uniques dans leur genre; Broca et Barbet ont eu 4 sur 37 malades opérés d'appendicite chronique qui ne se sont pas guéris. Melchior et Loeser ont opéré 40 p. 100 de leurs malades traités pour appendicite chronique sans aucun effet; les symptômes persistèrent; c'étaient, du reste, sans exception des cas où le vermium por-

tait d'insignifiantes lésions microscopiques et des défectuosités extérieures à peine visibles ! La mise en garde contre une appendicectomie schématisée et préventive est par conséquent très à sa place.

Le pour et le contre continuent. Mac Ewen condamne l'appendicectomie complémentaire parce qu'illicite ; nous connaîtrons tout à l'heure ses raisons. Longuet, à l'encontre de Mac Ewen, dit négligeable cliniquement et opératoirement la valeur biologique du processus vermiculaire. Pour Hoffmann, il est plus prudent de ne pas pratiquer l'appendicectomie par principe à l'occasion d'autres laparotomies. « Aussi longtemps que l'on n'aura pas prouvé que l'unique rôle de l'appendice est d'exposer l'homme à de graves dangers, son ablation systématique augmente la responsabilité de l'opérateur » (Zweifel). Kroenig fait de l'opposition ; il croit pouvoir assumer cette responsabilité, comme l'expérience aurait démontré que l'appendicectomie ne cause nul trouble fonctionnel perceptible. Hoerrmann élève sa voix contre ceux qui prétendent que le chirurgien ne devrait pas avoir le droit d'enlever un organe peut-être intact ; cet argument n'est pour lui d'aucune importance en comparaison de la fréquence et du danger de la maladie, surtout que le vermis n'aurait qu'une valeur physiologique infiniment petite en sa qualité d'organe lymphoïde. D'après Longuet de nouveau on obtiendrait peut-être par l'appendicectomie préventive, après de multiples générations, la suppression définitive familiale de l'appendice ! Même un fervent darwiniste, profondément pénétré des principes de la sélection artificielle, se refusera de partager l'espoir de Longuet. De telles théories, nous croyons pouvoir le dire, nuisent plus qu'elles ne servent à l'autorité du chirurgien. Touzé, disciple de Longuet, le reconnaît malgré lui quand il s'écrie : « N'a-t-on pas dit récemment que le

chirurgien fait œuvre coupable en enlevant trop d'appendices et surtout des appendices peu malades! » Nous répondons qu'une critique qui dépasserait les limites strictement scientifiques n'est pas notre affaire; mais nous demandons avec Wertheim, où nous mènera cette tendance de vouloir corriger la nature! Nous nous souvenons là bien à propos d'un mot de Bier dans l'introduction à son célèbre traité sur l'hyperémie, et nous l'opposons aux partisans de l'appendicectomie complémentaire. « Un point de vue téléologique dans la conception de la nature vivante est non seulement salutaire et bien fondé, mais encore est-il nécessaire ». Notre façon de penser en ce point est, il nous semble, aussi celle de beaucoup d'autres ; il a déjà été parlé de Barnsby; il faudrait nommer beaucoup d'autres encore. Deux exemples suffiront. Guinard: il ne faut jamais ouvrir un ventre sans profiter de l'occasion pour vérifier l'état de l'appendice et de l'enlever pour peu qu'il soit suspect. Ponsard: le vermis doit être examiné dans toute laparotomie, l'appendicectomie pratiquée au moindre doute.

La conclusion dans cette controverse sera apportée par l'expérience et les résultats d'une observation de longues années. En attendant, les mesures les plus scientifiques pour un jugement sérieux et appréciable ont été formulées par von Rosthorn à peu près dans les termes suivants:

Dans la question de l'appendicectomie préventive et prophylactique, une décision sera seulement possible:

1° Lorsqu'on aura prouvé que les insignifiantes lésions histologiques (bien connues et décrites ci-dessus) sont vraiment de nature pathologique;

2° Lorsqu'on connaîtra exactement la valeur physiologique de l'appendice;

3° Lorsqu'on saura en quelles proportions l'appendicite

survient chez les individus déjà opérés pour d'autres affections abdominales;

4° Lorsque des statistiques authentiques et suffisantes auront été publiées sur les guérisons durables et définitives en suite des appendicectomies et lorsqu'on connaîtra enfin les causes des mauvais résultats assez fréquents de cette opération.

Les raisons d'être de ces formules sont tellement apparentes qu'un commentaire est inutile. Nous donnerons simplement notre avis sur ces points.

Une pathogénie clinique et effective des fameux signes caractéristiques microscopiques n'existe pas; nous croyons l'avoir suffisamment prouvé.

Il y a beaucoup d'anatomistes qui ne considèrent pas du tout l'appendice comme un organe rudimentaire; en état de régression, ils lui attribuent au contraire un rôle physiologique. Rappelons à ce sujet qu'un appendice encore non rudimentaire se trouve en pleine fonction chez les herbivores en général, chez le lapin et quelques marsupiaux, où il entre notablement en action pour la digestion des matières végétales (Metchnikoff). On a abandonné depuis quelques temps la théorie qui faisait de l'appendice, un appareil protecteur de l'intestin, destiné à saisir les bacilles au passage; notons la toujours comme fait historique. Pour Lieberkuehn, la sécrétion muqueuse de l'appendice exerce un effet mécanique pendant la digestion. Haertig fait remonter les fréquents dérangements post-appendicectomiques de l'intestin au manque des sécrétions muqueuses de l'appendice. Les travaux les plus récents et exacts sur ce terrain sont dûs à Heile. Cet auteur a déterminé le rôle physiologique du vermis cæcal par voie expérimentale. Elle se composerait:

a) De l'effet de la sécrétion interne de sa muqueuse;

b) De l'influence de ses rapports à la valvule de Bauhin, tant au sujet de leur position réciproque que de leur innervation.

La muqueuse de l'appendice produit une sécrétion renfermant certains ferments et hormones utiles et importants pour la péristaltique intestinale; l'exactitude de ce fait est contrôlée et confirmée par des injections intraveineuses sur des lapins. D'autre part, cette même sécrétion appendiculaire règle le tonus du muscle iléocolique, qui ferme comme une soupape la valvule de Bauhin et empêche ainsi le reflux d'air ou de matières fécales du cæcum dans l'intestin grêle. Ce petit muscle est innervé par des branches du splanchnique provenant d'une anastomose avec les cordons nerveux qui pourvoient le méso-appendice. Le muscle iléocolique devient atonique en cas d'injection de novocaïne dans le méso, ou bien lors d'une infiltration œdémateuse de ce dernier, ou enfin à la suite de l'interruption de ses communications nerveuses et la cessation de la sécrétion stimulante par l'amputation du vermis avec le mésentériolum. Défectueuse en sa partie essentielle que présente le muscle dorénavant complètement flasque, la valvule de Bauhin laisse passer et repasser air et matières; cet état mène volontiers à de sérieux troubles digestifs accompagnés de coliques aussi douloureuses qu'opiniâtres qui auraient obligé par deux fois l'auteur en personne de pratiquer une rélaparotomie et plastique du muscle iléocolique. Cette découverte de Heile n'aurait pas la valeur que nous lui prêtons si elle n'était pas pleinement confirmée par d'autres recherches. Il est intéressant à constater qu'un auteur français a abouti, un an avant Heile, par des moyens tout a fait autres, au même résultat. Robinson a mis des appendices humains dans une solution de Ringer et dans une étuve à + 37°; des vermes ainsi préparés il a pu extraire

par raclage un liquide franchement acide qu'il a réduit au bain-marie. Injecté en doses de 1 demi et 1 centimètres cube ce liquide a provoqué sur des animaux de vives contractions dans le cæcum et le gros intestin sans entraîner de la diarrhée. De ses expériences et de ses observations cliniques Robinson a été amené à conclure que l'appendice est un organe utile, qu'il sécrète un hormone pour stimuler le cæcum et que l'on a tort de le considérer comme un vestige intestinal à l'état de régression.

Est-il nécessaire d'ajouter encore une preuve? Rappelons que Mac Ewen, dont il a été question au commencement de ce chapitre, laisse loin derrière lui Robinson et Heile quand il place l'appendice à côté de la thyroïde, la rate, l'ovaire, tant pour l'action stimulante et digestive de sa flore microbienne que pour la valeur générale de sa sécrétion interne; et il est compréhensible que l'exérèse du vermis sain lui paraisse aussi illicite que l'amputation d'un ovaire intact. Ces observations concernant le rôle physiologique du vermium demandent, pour leur précision, un respect absolu; un chirurgien consciencieux ne leur refusera pas son entière attention et y regardera à deux fois avant d'admettre l'inocuité biologique de l'appendicectomie préventive.

En ce qui a trait aux guérisons effectives et durables par appendicectomies, l'inocuité clinique de l'appendicectomie préventive préconisée par Longuet, un fait est suffisamment connu: les chirurgiens se voient souvent obligés à une nouvelle intervention sanglante par la fâcheuse apparition de sensations pénibles ou même d'occlusion intestinale dues à des adhérences étendues dans la région de l'opération. Une nouvelle circonstance s'ajoute avec cette dernière réflexion aux autres qui ont rendu nécessaire un jugement

défavorable sur l'appendicectomie préventive. Nous donnons, comme exemple, les deux dernières observations de notre matériel.

Observation XLVII

Mme F..., 41 ans, 25 septembre 1916.

En 1907, on avait pratiqué l'appendicectomie sur la malade. Depuis l'opération elle souffre de douleurs dans le ventre qui se sont accentuées récemment et localisées spécialement dans la région hépatique. Constipation. A l'inspection, on constate une tuméfaction très sensible, à peu près grosse comme un poing, dans la région annexielle droite. Opération le 27 septembre. Des anses grêles, l'épiploon très distendu, les annexes droites, l'utérus et le rectum sont largement agglutinés; une tumeur kystique des annexes crève; elle contient un liquide tout à fait limpide. Le cæcum est plaqué au haut à la paroi latérale.

Observation XLVIII

Mlle M..., 22 ans, 22 août 1916.

Mlle M... a été opérée, il y a neuf mois, d'une appendicite Depuis, elle ressent des douleurs continuelles, très vives en dernier lieu, dans le ventre. Après inspection, on pose le diagnostic de péritonite localisée dans le Douglas et de périmétrite. Aucun traitement médical ne mène à bout. On se décide donc à une intervention, au cours de laquelle on trouve de nombreuses et solides adhérences des organes pelviens entre eux et avec le cæcum, dont une partie ne peut être dégagée.

Conformément aux résultats de nos diverses études critiques, conformément aussi aux données de nos observations

cliniques, conformément enfin aux témoignages de nombreux auteurs, nous concluons ainsi:

L'appendicectomie préventive, c'est-à-dire la résection du vermis cæcal, pratiquée systématiquement et par principe à l'occasion de chaque opération exécutée sur l'abdomen, est une intervention nullement justifiée. Il est inadmissible que l'on fasse de l'appendicectomie préventive une nécessité gynécologique motivée par le danger que présente la proximité de l'appendice et des organes génitaux; les rapports pathologiques de ces deux groupes d'organes sont rares; quand ils existent, ils proviennent de leur contact. Le vermis cæcal ne paraît pas être plus dangereux pour la femme que pour l'homme. Les conceptions autres que celles-ci, fondées sur des constatations microscopiques insignifiantes, ne correspondent pas aux expériences et observations du clinicien.

En repoussant énergiquement l'appendicectomie préventive, le gynécologue ne se défait pas du devoir d'observer systématiquement l'appendice au cours de ses laparotomies, si cela peut se faire toutefois sans que la prolongation de l'intervention nuise au malade, et sans qu'il soit nécessaire d'agrandir fortement la plaie faite primitivement. Si, en ce cas, l'appendice se montre macroscopiquement intact, si ni sa longueur, ni son volume sont exagérés, s'il ne contient pas d'entérolithes, si enfin sa mobilité est parfaite, nulle part réduite par une adhérence, on fera son devoir en le laissant sur place. Tout au plus est-il licite, ainsi que l'a proposé Bogdanovitsch, de fixer le vermis en haut, à la paroi abdominale (abdominale), au cæcum, etc., encore si cela peut se faire facilement, — afin d'éviter la seule possibilité de rapports avec l'utérus et ses annexes: le contact.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Achard. — Cité par Bérard et Vignard, *l. c.*

Adrian. — L'appendicite suite de maladies générales. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie,* 1901, 4 u. 5.

Albarran. — *Gazette d'hôpitaux,* 1900, p. 169.

Alsberg. — *Muenchener Medizinische Wochenschrift,* 1908, 48.

Aschoff. — L'inflammation de l'appendice vermiculaire. *Muenchener Medizinische Wochenschrift,* 1909, 10.

— Sur le rôle du calcul stercoral dans l'étiologie de l'épityphlite. *Clinique Médicale ; Medizinische Klinik,* 1905.

Balz. — Appendicite et complications gynécologiques. Th. Erlangen, 1917.

Barbet et Broca. — Voir sous Broca.

Barfurth et Schottmüller. — Voir, sous Schottmüller.

Barnsby. — XV^e^ Congrès français de chirurgie, 1902.

---

(1) Les journaux médicaux allemands souvent cités sont :

Muenchener medizinische Wochenschrift : Gazette médicale hebdomadaire de Muenich.

Deutsche medizinische Wochenschrift : Gaz. méd. hebd. allemande.

Zentralblatt für Gynaekologie : Revue centrale de gynécologie.

Bérard et Vignard. — L'appendicite. Etude clinique et critique. Masson et Cie, Paris, 1914.

Besson. — Appendicite et salpingo-ovarite. Thèse Montpellier, 1897.

Blais. — Les formes graves de l'appendicite chez l'enfant. Thèse Paris, 1907.

Boas. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1905, 27.

Bogdanowitsch. — Appendice et organes génitaux de la femme. *Zentralblatt für Gynaekologie.*

Bonneau. — *Paris chirurgical,* 1912.

Bouilly. — Cité par Rousseau et Cassard.

Brcca et Barbet. — *Presse médicale,* 1908. 64.

Broca. — Cité par Bérard et Vignard, *l. c.*

Bumm. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift,* 1911, 3.

Burgess. — *The British medical journal,* févr. 1912.

Cassard et Rousseau. — Voir sous Rousseau.

Chevalier. — *Loire médic.,* 1912.

Clado. — De l'appendice iléo-cæcal. Soc. de biol., 1892.

Colley. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift,* 1914, 5.

Compte rendu des Maisons de santé prussiennes. — *Muenchener Medizin. Wochenschrift,* 1915, 15.

Corning. — *Traité d'anatomie pathologique,* 6e édition.

Courciéras. — Des adhérences péri-cæcales. Thèse Paris, 1908.

Dartigues. — *Paris chirurgical,* 1912.

Delagénière. — *Annales de gynécologie,* 1900.

— *Archives provinciales de chirurg.,* 1900, 8.

Delbet. — *Presse médicale,* 1901, 88.

Dieulafoy. — Quantité de gens simplement atteints de typhlo-côlite muco-membraneuse ou sableuse, sont induement opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. Communication à l'Académie de médecine, 1906.

Doederlein. — Dans Küstner. *Traité de gynécologie,* 5e éd.

Dorn. — *Zentralblatt für Gynaekologie.*

Dubarry. — Thèse Paris, 1901.

Duehrssen. — Sur les affections simultanées de l'appendice et les organes génitaux de la femme.

Fabricius. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1909, 43.

Forgue. — *Précis de pathologie externe.* Collection Testut, 6e édition.

Fraenkel. — L'appendicite dans ses rapports aux affections des organes génitaux de la femme, Leipzig, 1898.

Freund. — Controverses gynécologiques, 1913.

Fueth. — *Zentralblatt für Gynaekologie.*

Gendre (Le) et Quénu. — Voir sous Quénu.

Gordon. — L'appendicite chez l'enfant. Thèse Paris, 1897.

Gottlieb. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1909, 17.

Groedel. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1907, 26.

Groendahl. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1916, 6.

Guillard. — De l'appendicite chez la femme. Thèse Paris, 1901.

Guinard. — *Presse médicale,* 1902, 48, et 1908, 64.

Hadra. — *Zentralblatt für Gynaekologie,* 1899.

Haertig. — Cité par Melchior et Loeser, *l. c.*

Haist. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1907, 32.

Heaton. — *Annales de gynécologie,* 1900.

Heile. — Contribution à l'étude de la physiologie de l'appendice. *Muenchener Med. Wochenschr.,* 1914, 24.

Hochenegg. — Cité par Pankow, *l. c.*

Hoerrmann. — *Muenchener Med. Wochenschrift,* 1912, 40.

Hoffmann. — Expériences et résultats de notre traitement de périty phlite sur 4.000 cas opérés. *Beitræge zur Klinischen Chirurgie.* Contributions à la chirurgie clinique, 1912.

Hofmeister. — Cité par Melchior et Loeser, *l. c.*

Karrenstein. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift,* 1906, 32.
Kemhadjan. — Le cancer de l'appendice. Thèse Paris, 1911.
Kirmisson. — *Semaine médicale,* 1907, 1.
Kelly. — Cité par Bérard et Vignard, *l. c.*
Koerte. — Cité par Lanz, *l. c.*
Kroenig et Doederlein. — *Traité de gynécol. opér.,* 1912.
— *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1906, 24.
Krogius. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift,* 1911, 23.
Kuemmel. — Cité par Hoffmann, *l. c.*
Lafforgue. — Cité par Testut et Jacob. *Traité d'anatomie topographique avec application médico-chirurgicale.*
Landau. — Appendicite et maladies de femmes, 1904.
— *Deutsche Mediz. Wochenschrift,* 1906, 50.
Lanz. — Dans Wullstein-Wilms, *Traité de chirurgie,* 5e éd.
Lediard. — Cité par Hoffmann, *l. c.*
Lejars. — *Presse médicale,* février 1904.
Lenhartz. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1909, 41.
Leopold. — *Zentralblatt für Gyneakologie.*
Letulle. — *Revue de gyn. et de chir. abd.,* 1907, 5.
Lieberkuehn. — Cité par Lanz, *l. c.*
Loeser et Melchior. — Voir sous Melchior.
Longuet. — Cité par Touzé, Bérard et Vignard.
Mac Ewen. — Cité par Touzé.
Manay. — *Archives provinciales de chirurgie,* 1911.
Marcland et Tuffier. — Voir sous Tuffier.
Mary. — Appendicite et annexite. Thèse Paris, 1903.
Massart. — *Bull. et mém. Soc. anat. Paris,* 1912.
Matthes. — Dans Mehring-Krehl. *Traité de médecine générale.*
Maurin. — Cité par Besson.

Melchior et Loeser. — Contribution à l'étude de l'appendicite à évolution purement chronique. *Beitræge zur Klinischen Chirurgie,* 1914.

Metchnikoff. — Essais sur la nature humaine, Masson, 1904.

— *Presse médicale,* 1901, 2.

Michalsky. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1903, 43.

Mueller (A.). — Sur les rapports de l'appendicite chronique à l'appareil génital féminin. *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1912. 52.

Nengebauer. — *Muenchener Mediz. Wochenschr.,* 1906, 50.

Pankow. — L'appendicite chez la femme et son importance pour les organes génitaux. *Beitræge zur Geburtshülfe und Gynaekologie,* 1909, 13.

— Pourquoi doit-on enlever l'appendice à l'occasion d'opérations gynécologiques? *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1907. 30.

Person. — Les fistules appendiculo-vésicales. Thèse Paris, 1906.

Ponsard. — Annexite et appendicite. Thèse Montpellier, 1907.

Pousson. — *Gazette hebd. des sciences médic. de Bordeaux,* janvier 1912.

Quénu et Le Gendre. — *Presse médicale,* 1901, 9.

Riedel. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift,* 1907, 48.

Rigollot-Simonnot. — Soc. de chir., Paris, 1912.

Robinson. — *Gaz. des hôpit.,* 1913, 129, p. 2049.

Roemer. — *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie; Revue mensuelle d'obstétrique et de gynécologie,* 1907.

Rosthorn (Von). — *Muenchener Mediz. Wochenschr.,* 1909.

Rotter. — Cité par Balz, *l. c.*

Rousseau et Cassard. — *Gaz. des hôpit.,* 1913, 19.

Schnitzler. — *Muenchener Mediz. Wochenschr.*, 1909, 41.

Schottmüller et Barfurth. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift*, 1914, 14.

Schroeder. — Dans Ziemssen. *Manuel des affections de l'appareil génital de la femme. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.*

Segond. — Rapport au Congrès international de Budapest, 1909.

Soupault et Gouast. — *Muenchener Med. Woch.*, 1904, 1.

Springer. — *Muenchener Mediz. Wochenschr.*, 1909, 26.

Touzé. — De l'appendicectomie préventive, méthode thérapeutique de L. Longuet. Thèse Paris, 1906.

Tuffier et Marcland. — Les lésions appendiculaires dans les autopsies banales. *Presse médicale*, 1902, 73.

Vautrin. — Soc. de médecine de Nancy, nov. 1897.

Veit. — Cité par Freund, *l. c.*

Veliaminoff. — *Journal de chirurgie*, 1912.

Veron. — *Presse médicale*, 1902, 30.

Vignard et Bérard. — Voir sous Bérard.

Vignes. — *Bull. et mém. Soc. anat. Paris*, 1912.

Waetzold. — Cité par Aschoff et Pankow, *l. c.*

Wertheim. — Cité par Hoerrmann, *l. c.*

Zaaijer. — *Muenchener Mediz. Wochenschr.*, 1907, 29.

Zorn. — *Muenchener Mediz. Wochenschrift*, 1909, 34.

Zweifel. — *Zentralblatt für Gynaekologie*, 1899, 1.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION..... 9

PREMIÈRE PARTIE. — Observations et conclusions théoriques..... 11

I. Participation proportionnelle du sexe féminin à l'appendicite..... 11

II. Rapports anatomiques entre l'appendice et l'appareil génital de la femme..... 13

III. Fréquence des rapports pathologiques entre l'appendice et les organes génitaux de la femme. 15

IV. La menstruation dans l'appendicite..... 17

V. Sur l'étiologie de l'appendicite..... 18

VI. Sur l'étiologie des annexites..... 19

VII. Sur l'histologie pathologique de l'appendicite... 19

VIII. Appendicite microscopique ?..... 21

IX. Conclusions..... 22

DEUXIÈME PARTIE. — Observations et conclusions cliniques..... 27

I. Appendicites sans complications gynécologiques... 27

1. Appendicites simples..... 28

2. Appendicites et péritonites..... 33

Corps étrangers dans le vermis 35

Nécrose totale de l'appendice ; abcès pelviens..... 36

Pages

II Appendicites avec complications gynécologiques.. 41

1. Appendicites primitives..... 41

a) Pathogénie 41

b) Complications utéro-annexielles..... 44

2. Appendicites secondaires..... 50

3. Affections simultanées de l'appendicite et des organes génitaux..... 56

STATISTIQUE..... 66

CONCLUSIONS..... 68

BIBLIOGRAPHIE..... 79

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 8 mai 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 7 mai 1920.
Pour le Doyen,
Le Professeur délégué,
IMBERT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!